



אוקטובר 2014

עובד/ת יקר/ה ,

הנהלת המועצה וועד העובדים שמחים להציג בפניך את תוכנית ביטוח הבריאות של עובדי המועצה ובני משפחותיהם.
ביטוח הבריאות הוא נדבך חשוב במאמץ המשותף לדאגה לרווחת העובדים ובני משפחותיהם.
הביטוח החדש ייכנס לתוקפו בתאריך 1.11.2014.

הבחירה בתוכנית זו של חברת "כלל" התקבלה לאחר בחינה של הצעות מחברות הביטוח המובילות בתחום ביטוחי הבריאות בשוק, ואנו מאמינים כי התוכנית מעניקה לך ולבני משפחתך כיסוי טוב ביותר, בתנאים מצוינים ובפרמיה הנמוכה מפוליסה דומה הנרכשת באופן פרטי (למי שיש).

להזכרכם, המועצה מממנת במלואה את הפרמיה לעובד/ת עצמו ברובד הבסיס, והעובדים מבוטחים ברובד זה ללא צורך במילוי טופס כלשהו.

צירוף העובדים לרובד המורחב וצירוף בני המשפחה כהגדרתם בהסכם ובפוליסה לשני רבדי הביטוח (במימון העובד) בתוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם או ממועד העסקת העובד אצל בעל הפוליסה, המועד המאוחר מביניהם, יהיה ללא צורך בהצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה (למעט מקרים הקשורים להריון ו/או לידה ו/או הפריה חוץ גופית ו/או התפתחות הילד), בכפוף למילוי טופס הצטרפות - חשוב לנצל אפשרות זו ולבטח גם את בני המשפחה.

הפוליסה הבסיסית מכסה: תרופות שלא בסל הבריאות, השתלות איברים וטיפול מיוחד בחו"ל, כיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל והתייעצויות עם רופאים מומחים.

ניתן להרחיב את הכיסוי באופן וולונטרי לניתוחים פרטיים בארץ (כולל תחליפי ניתוח בטכנולוגיה מתקדמת), כיסויים אמבולטוריים וכתבי שירות. טבלת הפרמיות מפורטת בחוברת. התשלום החודשי יתבצע באמצעות השכר.

החוברת המצורפת שהופקה עבורכם מפרטת את פוליסת הביטוח. בנוסף מצוי בה מידע חשוב אודות אופן הגשת התביעות וקבלת השירות עפ"י תכנית הביטוח.




סוכנות הביטוח "בן שלומי את דרור" תלווה אותנו במסגרת הפוליסה, ובמשך תקופת הביטוח ילווה את העובדים גם יועץ הביטוח של המועצה, מר אהוד ליפשיץ, בכל שאלה או בעיה.

אני רוצה להודות לצוות המנהלים והעובדים שיזם, עיבד וליווה את המהלך החשוב הזה לרווחת כלל עובדות ועובדי המועצה ואנו תקווה כי אף אחד מאיתנו לא יזדקק לשירותים אלו!

בברכת שנה טובה ובריאה,

גרשון מסיקה
ראש המועצה

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק	
5	גילוי נאות	
16	מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?	
18	הסכם ביטוח בריאות קבוצתי	

גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

א. כללי	
1. שם הפוליסה	הסכם ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המועצה האזורית שומרון
2. בעל הפוליסה	מועצה אזורית שומרון
3. הכיסויים בפוליסה	<p>רובד בסיס:</p> <ul style="list-style-type: none">השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל – כמפורט בפרק א' בפוליסה.תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – כמפורט בפרק ב' בפוליסה.כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל – כמפורט בפרק ג' בפוליסה.כיסוי להתייעצות עם רופא מומחה – כמפורט בפרק ד' בפוליסה. <p>רובד הרחבה:</p> <ul style="list-style-type: none">כיסוי מורחב לניתוחים, כיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח – כמפורט בפרק ה' בפוליסה.כיסוי ניתוחים משלים לשב"ן ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – כמפורט בפרק ה'1 בפוליסה (פרק זה חלופי לפרק ה' לפי בחירת המבוטח).שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ו' בפוליסה.כתיב שירות – רופא עד הבית, רפואה משלימה (אלטרנטיבית), ייעוץ פסיכולוגי, ייעוץ מקצועי ומידע למימוש זכויות רפואיות וסיעודיות, ייעוץ בזכויות כספיות הנובעות ממחלה או תאונה או סיעוד, שירות סיוע באיתור רופא מומחה בארץ ובחו"ל – כמפורט בפרק ז' בפוליסה.
4. משך תקופת הביטוח	מיום 01.11.2014 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.10.2020. בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא פוליסה זו לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, כמפורט בסעיף 4.2 לפוליסה. תינתן למבוטחים זכות להמשך הביטוח, בהתאם להוראות סעיפים 5.3-5.8 לפוליסה.
5. תנאים לחידוש אוטומטי	לאחר תום תקופת הפוליסה תתחדש פוליסה זו לתקופה נוספת של 3 שנים, אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת הפוליסה על רצונו שלא לחדשו, כמפורט בסעיף 4.3 לפוליסה. במידה ולא תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 4.3 לפוליסה, יארץ המבטח את תקופת הפוליסה, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום הפוליסה, בתנאים זהים לפוליסה זו, כמפורט בסעיף 4.4 לפוליסה.

6. תקופת אכשרה	<p>90 או 120 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח, כמפורט בפרק השירותים האמבולטורים – פרק ו' בפוליסה.</p> <p>לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים אשר הצטרפו לביטוח על פי פוליסה זו ללא מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הפוליסה וההסכם, אולם לגבי מקרים הקשורים להריון ו/או לידה ו/או הפריה חוץ גופית ו/או התפתחות הילד תחול תקופת האכשרה על כל המבוטחים, כמפורט בסעיף 16.1 לפוליסה.</p>
7. תקופת המתנה	<p>למרות האמור בסעיף זה לעיל, עובדים ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוחי בריאות תקפים, ערב ההצטרפות לפוליסה זו (להלן: "פוליסות קודמות"), יהיו פטורים מתקופת אכשרה על כיוסיים וכסומים חופפים לפוליסה זו ובתנאי שהשלימו את תקופת האכשרה על פי הפוליסות הקודמות והמציאו למבטח אישור על היותם מבוטחים בכיסוי הנתבע במסגרת הפוליסה הקודמת במועד הצטרפותם לביטוח עפ"י פוליסה זו, כמפורט בסעיפים 2.9 ו-16.2 לפוליסה.</p>
8. השתתפות עצמית	<p>30 יום בגין אובדן כושר תפקוד מוחלט כתוצאה מניתוח (למבוטחים בגיל 70-21) - פרקים ה' ו-ה'1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • פרק ב' – "תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות": 150 ₪ למקרה ביטוח לחודש, למעט בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש או בגין תרופה עבור מחלת הסרטן, בהן לא תידרש השתתפות עצמית. • פרק ד' – "כיסוי להתייעצות עם רופא מומחה": 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח. • פרקים ה' ו-ה'1 – "כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ" ו- "כיסוי מורחב לניתוחים מעבר לשב"ן ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ": 20% בגין התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח, 25% בגין עדשה מולטי פוקאלית המושתלת במהלך ניתוח קטרקט, 20% בגין טיפולי שיקום אחרי ניתוח, 25% בגין שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול. • פרק ו' – "שירותים אמבולטוריים": 15% בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, 15% בגין חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה, 15% בגין בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות, 15% בגין טיפול ע"י מקרופאגים, 25% בגין טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה, 15% בגין אחות/פרטי/ת, 20% בגין שיקום הליכה ויציבה, 20% בגין בדיקות ראייה באשפוז, 20% בגין אבחון התפתחות הילד, 20% בגין טיפול בהתפתחות הילד, 20% בגין בדיקות ושירותים להריון, 20% בגין טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל, 25% בגין טיפולי הפרייה חוץ גופית לפונדקאית בארץ ובחו"ל.

ב. שינוי תנאים**9. שינוי תנאים
במהלך תקופת
הפוליסה**

כמפורט בסעיפים 3.3-3.5 ו-7.5.2 לפוליסה.

ג. פרמיות**10. גובה
הפרמיה****רובד בסיס**

18 ש"ח	מבוטח בוגר (עובד, בן זוג, ילד מעל גיל 26)
5 ש"ח	ילד עד גיל 25

רובד הרחבה

משלים שב"ן	שקל ראשון	
16 ש"ח	20 ש"ח	ילד
29 ש"ח	35 ש"ח	26-29
34 ש"ח	41 ש"ח	30-40
44 ש"ח	54 ש"ח	41-50
69 ש"ח	89 ש"ח	51-60
109 ש"ח	139 ש"ח	61-70

* ילד שלישי (עד גיל 25) ואילך – חינם.

** הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2014, שהינו 12,390 נק'.

**11. מבנה
הפרמיה**

ברובד הבסיס – הפרמיה קבועה, כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
הפרמיה לילד משתנה בהתאם לגילו, כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
ברובד המורחב – הפרמיה משתנה בהתאם לגיל המבוטח כמפורט בסעיף 10 לעיל, וצמודה למדד.
הפרמיה כפופה להתאמת פרמיה כמפורט בפוליסה.

**12. שינוי
הפרמיה
במהלך
תקופת
הביטוח**

כמפורט בסעיפים 3.3-3.5 ו-7.5.2 לפוליסה.

ד. תנאי ביטול

13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבוטח.
14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין והפוליסה.

ה. חריגים

15. החרגה בגין מצב רפואי קיים	1. כמפורט בסעיף 15 לפוליסה. 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.
16. סייגים לחבות המבוטח	כמפורט להלן: 1. סעיפים 13, 14 ו-19 לפוליסה. 2. סעיפים 4 ו-5 בפרק ב' לפוליסה. 3. סעיף 2 בפרק ג' לפוליסה. 4. סעיף 5 בפרק ה' לפוליסה. 5. סעיף 4 בפרק ה'1 לפוליסה. 6. סעיף 6 בפרק ו' לפוליסה.

חלק ב' – תמצית הכיסויים

תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק א' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p><u>תקרת תגמולי הביטוח</u> השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם - שיפוי מלא. השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם - עד 5,000,000 ₪. השתלת לב מלאכותי – עד 1,000,000 ₪.</p>
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>טיפול מיוחד בחו"ל – עד סכום של 800,000 ₪.</p>
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	<p>גמלת החלמה בעקבות השתלה לאחר השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה-לבלב, מח עצם מתורם אחר – פיצוי חודשי בסך 7,500 ₪ לתקופה של 24 חודשים. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא הגמלה, תשולם היתרה למוטביו.</p>
<p>לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.</p>				
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	<p>מקרה הביטוח – כמפורט בסעיף 2 לפרק ב' לפוליסה. הכיסוי יינתן עד 1,500,000 ₪ לשלוש שנים. סכום הביטוח מתחדש אחרי שלוש שנים החל ממועד תחילת הפוליסה. כיסוי לפי סעיף 29ג' – עד 100,000 ₪. בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות הכרוך במתן התרופה עד 200 ₪ ליום ועד 60 יום.</p>

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ג' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
הניתוחים המכוסים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	כל הניתוחים
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	בחו"ל
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	קיים
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים החברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>				
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח				
יש	מוסף/ תחליפי	נדרש	שיפוי	עד 150% מהסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול אצל ספק שירות שבהסכם בארץ, או עד סכום של 150,000 ש"ח, לפי הנמוך.
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>				
פרק ד' – כיסוי להתייעצויות עם רופא מומחה				
יש	תחליפי	לא נדרש	שיפוי	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ 1,100 ₪ להתייעצות, עד 2 התייעצויות לשנת ביטוח.

תיאור הכיסוי		שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
<u>רובד הרחבה:</u>					
פרק ה' - כיסוי לניתוחים וכיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח					
הניתוחים המכוסים					
כל הניתוחים		שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל					
בארץ		שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח					
קיים		שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>					
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח					
השיפוי בגין תחליף ניתוח לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.		שיפוי	נדרש	מוסף/ תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>					

תיאור הכיסוי				שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ה'1 – כיסוי מורחב לניתוחים מעבר לשב"ן (פרק חלופי לפרק ה')							
הניתוחים המכוסים							
כל הניתוחים				שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל							
בארץ				שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח							
קיים				שיפוי	נדרש	מוסף	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>							
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח							
השיפוי בגין תחליף ניתוח לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.				שיפוי	נדרש	מוסף/תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>							

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ו' – שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>1. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל – עד 6,500 ₪ לשנת ביטוח. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת, ישולם בגין הוצאות הטיסה עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>2. בדיקות רפואיות אבחנתיות - עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-6,000 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>3. כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית – עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>4. חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה – עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-3,000 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>5. טיפולים אונקולוגיים – עד 100,000 ₪ לכל מקרה ביטוח בגין כל הטיפולים בסה"כ המפורטים בסעיף.</p> <p>6. בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות – עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-20,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>7. טיפול ע"י מקרופאגים – עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-5,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>8. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה – עד 75% מההוצאות ולא יותר מ-4,000 ₪ לשנת ביטוח.</p> <p>9. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי – עד 200 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח.</p> <p>10. אחות פרטית – עד 85% מההוצאות ולא יותר מ-750 ₪ ליום ועד 14 ימים לשנת ביטוח.</p> <p>11. חדר מלח – עד 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ו' – שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>12. שיקום הליכה ויציבה – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-7,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p> <p>13. פיצוי כתוצאה מאשפוז שלא כתוצאה מניתוח – 400 ₪ ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד עשרה ימי אשפוז.</p> <p>14. הזרקת חומרי סינוך למפרקים – עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח (בגין עלות החומר והטיפול עצמו).</p> <p>15. טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות המפרקים וברקמות הרכות – עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>16. בדיקות ראייה באשפוז – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-300 ₪.</p> <p>17. אבחון בעיות התפתחות של ילדים (ילידים בגיל 16-3) – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-2,500 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p> <p>18. טיפול בבעיות התפתחות של ילדים (ילידים בגיל 16-2) – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-150 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים בסה"כ לכל הטיפולים הנזכרים בסעיף זה לכל תקופת הביטוח.</p> <p>19. בדיקות הריון – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-6,000 ₪ בגין בדיקות הריון, לא יותר מ-2,000 ₪ בגין בדיקות סיקור גנטי לפני הריון, לא יותר מ-5,000 ₪ בגין בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו.</p> <p>20. הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה – עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח.</p>

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ו' – שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>21. טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ או בחו"ל – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-20,000 ₪ לילד ועד שני ילדים.</p> <p>22. טיפולי הפריה חוץ גופית לפונדקאית – עד 75% מההוצאות ולא יותר מ-15,000 ₪ לכל סדרת טיפולים, עד שתי סדרות לכל תקופת הביטוח.</p> <p>23. טיפול חירום בשיניים – עד 100 ₪ לטיפול ולאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים עד 190 ₪ לטיפול ועד 5 טיפולים בשנת ביטוח.</p> <p>יובהר כי כיסוי בפרק האמבולטורי לכל תקופת הביטוח, משמעותו כיסוי לתקופה של 3 שנים.</p>

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב- 15.08.2014, שהינו 12,390 נק'.

- ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

יצוין כי הגדרות אלו תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה המלאים.

אופן הגשת תביעה בתחום הבריאות

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בנייתוח או בהשתלה, יש לפנות תחילה אל מוקד שירות הלקוחות של כלל בריאות בטלפון: 03-6388400 או 5590*.

אם בחרת את המנתח ו/או בית חולים מראש, יש להעביר למוקד שירות הלקוחות את שם הרופא המנתח ופירוט לגבי סוג הניתוח שאמור להתבצע על גבי טופס אותו ניתן לקבל ע"י מוקד שירות הלקוחות אשר ימולא וייחתם על ידי הרופא הממליץ.

כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת הביטוח, באתר האינטרנט www.clal-health.co.il

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות של "כלל בריאות" לביורר הזכאות על פי הפוליסה.

ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים, הנהוגים אצל המבטח באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום הכספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת הביטוח תוך 24 שעות.

המבטח ימסור לחברת הביטוח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטח.

אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

1. **לצורך הגשת תביעה בגין השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :**
 - 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
 - 1.2 הפניה לניתוח - מילוי טופס תביעה.
 - 1.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2. **לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:**
 - 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
 - 2.2 מכתב שחרור מביה"ח.
 - 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3. **לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי :**
 - 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
 - 3.2 מילוי טופס תביעה.
 - 3.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתי מטופל אצלו, וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.
 - 3.4 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
 - 3.5 קבלות מקוריות.

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

1. מבוא:

- 1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. צירוף מבוטח:

- 2.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- 2.2. האמור בסעיף 2.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
 - 2.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
 - 2.2.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 2.3. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.2 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 2.4. עובד המבוטח/ת במסגרת פוליסה זו ואשר נישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וללא צורך בחיתום.
- 2.5. תינוק שנולד למבוטח/ת או ילד שיאומץ על ידי המבוטח, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד האימוץ לפי העניין.
- 2.6. מועמדים לביטוח אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין מבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.

- 2.7. צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד/ת, ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לרובד הביטוחי בו מבוטח העובד/ת. האמור בסעיף זה לא יחול במקרה של עובד/ת שנדחו מהביטוח בהליך של חיתום שבוצע על ידי המבטח.
- 2.8. במקרה של עובד/ת שנפטר/ה, יסתיים הביטוח עבור בני משפחתו שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.
- 2.9. מבוטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח) (להלן: "הביטוח הקודם"), ונדרשו למלא הצהרת בריאות טרם הצטרפותם לביטוח שעפ"י הסכם זה, ימלאו את הצהרת הבריאות והיא תהא תקפה אך ורק בגין הכיסויים והסכומים שאינם חופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים. מבוטחים אשר בביטוח שהיה ברשותם ישנן חחרגות רפואיות שנקבעו בחיתום הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות של המבוטח לביטוח הקבוצתי, בתנאי שהצטרפותם לביטוח עפ"י פוליסה זו תבוצע בתוך 90 יום ממועד תחילת הפוליסה או בתוך 90 יום ממועד תחילת העסקת העובד, לפי המאוחר מביניהם.

3. מהות הביטוח

- 3.1. פירוט הכיסויים בביטוח כמפורט בפוליסה.

הכיסויים בביטוח:

- 3.1.1. רובד הבסיס וגובה הפרמיה - כמפורט בנספח 2 לפוליסה
- 3.1.2. רובד ההרחבה וגובה הפרמיה - כמפורט בנספח 2 לפוליסה
- 3.2. רשימת גבולות אחריות המבטח לשני רבדי הכיסוי - כמפורט בנספח 1 לפוליסה.
- 3.3. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכנם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.
- 3.4. במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.
- 3.5. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת בתנאי הביטוח, ומחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

4. תקופת הסכם הביטוח:

- 4.1. תקופת הסכם הביטוח (להלן: "ההסכם" או "הביטוח") הינה כמפורט בנספח 2, שתחילתה (להלן: "המועד הקובע") וסיומה (להלן: "תקופת ההסכם") מפורטים אף הם בנספח 2, ובכפוף לאמור בסעיף 5.2 להלן.
- 4.2. בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.
- 4.3. לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה לתקופה נוספת של 3 שנים (להלן: "תקופת ההסכם המוארכת"), אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו.
- 4.4. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 3.3 לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה.
- 4.5. על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 4.6. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו:

- 5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה המאוחר מהסעיפים הבאים:

(א) עובד/ת- בגין הרובד הבסיסי - ה- (1) לחודש העוקב בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה, בגין הרובד המורחב - ה- (1) בחודש העוקב לחודש בו חתם העובד על טופס הצטרפות כנדרש על פי דין או ב- (1) בחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה בו נדרש מילוי הצהרת בריאות.

(ב) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ג) ב- (1) בחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות כנדרש על פי דין.

(ד) ב- (1) בחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב במקרה בו נדרש למלא הצהרת בריאות, בהתאם להוראות ההסכם בין המבטח ובעל הפוליסה.

- 5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.

(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 3 לעיל.

(ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהי. ביטול הביטוח ע"י עובד/ת אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי בני המשפחה שלהם המבוטחים בפוליסה.

(ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/ת וכל עוד העובד מבוטח בהסכם - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע כהגדרתו בנספח 2, תשלח המבטחת הודעה לעובד/ת לגבי הגעת הקובע הילד/ה לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של מבוטח בוגר כמפורט בנספח 2. במידה ובחר העובד/ת שלא להמשיך את הביטוח לילד שהגיע לגיל הקובע - יוכל להמשיך לבטחו בביטוח פרט בהתאם לסעיף 3 לפוליסה.

5.3. בתום הסכם הביטוח, אם לא חודש אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או בתום הביטוח מפאת עזיבת המבוטח את קבוצת המבוטחים או ביטול הביטוח מסיבה כלשהיא, לרבות עקב פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, פטירת בן הזוג, כל מבוטח יהיה זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה עת בהיקף דומה או מופחת לכיסויים שעל פי הסכם זה (לפי בחירת המבוטח), בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 2.

5.4. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

5.5. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום מיום סיום הביטוח.

5.6. במידה וכיסוי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

5.7. **היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם (אלא אם הם בוטלו בהתאם להוראות הפוליסה) והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.**

5.8. **להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.**

6. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות:

6.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

6.1.1. כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל, באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

6.1.2. כי הינו מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.

6.1.3. ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח:

7.1. דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם מפורטים בנספח 2 לפוליסה.

7.2. בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים עבור הרובד הבסיסי כולל גילום שווי מס, ויגבה את תשלום דמי הביטוח עבור העובדים בגין הרובד המורחב ועבור בני המשפחה המבוטחים בגין כל רבדי הביטוח, בהסכמת העובד, משכר העובד, ויעבירם למבטח במרוכז.

7.3. מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה העובד/ת נמצאים בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים, תשי"ד – 1954, או בחל"ת בתנאי ששמן יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.

7.4. דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי, וישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז עד ה - 15 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.5. התאמת דמי הביטוח החודשיים תבוצע בתום 24 חודשי ביטוח ובתום 60 חודשי ביטוח, בנוסף להצמדה למדד שתבוצע מידי חודש בחודשו, על פי הנוסחה שלהלן:

פרמיה ברוטו: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בגין רובד הבסיס ורובד ההרחבה.

פרמיה לחישוב: פרמיה בניכוי הוצאות.

הוצאות: 25% מהפרמיה ברוטו. הוצאות יכללו גם עמלות סוכן כולל מע"מ.

תביעות משולמות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה בגין רובד הבסיס ורובד ההרחבה, וכן תשלומים לספק שירותים בגין כתבי השירות.

תביעות תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם, בגין רובד הבסיס ורובד ההרחבה.

IBNR: עד 15% מתביעות ששולמו ותביעות תלויות בגין רובד הבסיס ורובד ההרחבה.

רווח/הפסד: הפער בין פרמיה לחישוב פחות תביעות משולמות, תביעות תלויות ו-IBNR.

7.5.1. בדיקת נתוני הביטוח הקבוצתי לצורך ביצוע התאמת פרמיה כמפורט בנוסחה הנ"ל תבוצע במועדים הבאים: בתום 21 חודשים מתחילת ההסכם, ובתום 57 חודשים מתחילת ההסכם, בהתאם לנתונים העדכניים ביותר שקיימים בידי המבטח,

7.5.2. במידה וימצא הפסד תועלה הפרמיה בגובה ההפסד ובתוספת נוספת של עד 10%. במידה וימצא רווח במועדים הנ"ל ברובד ההרחבה, בהתאם לנוסחה הנ"ל שתחושב עבור רובד ההרחבה בלבד (פרמיות ותביעות), יתווספו לפוליסה כיוסיים נוספים כפי שיוחלט בין המבטח ובעל הפוליסה.

7.6. מתן מסמכים למבוטח:

7.6.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, ודף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. בסעיף זה "**חידוש ביטוח**" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

7.6.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

7.6.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

7.7. מתן הודעות למבטח:

7.7.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח למבוטח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

7.7.2. לענין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.

7.7.3. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.

7.7.4. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

8. פיגורים בתשלומים:

8.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, המבטח ייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 60 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק.

8.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 8.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים.

8.3. אחרי 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

9. תנאי הצמדה למדד:

- 9.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 9.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף. המדד יהיה מותאם למדד הבסיס (100 נקודות) מחדש ינואר 1959 מחולק באלף.
- 9.1.2. "המדד היסודי" - משמעו המדד שפורסם ביום 15 באוגוסט 2014, שהינו 12,390 נקודות.
- 9.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 9.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 9.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

10. תגמולי ביטוח

- 10.1. במקרה של תגמולי ביטוח המשולמים על פי פוליסה זו כשיפוי בגין הוצאות רפואיות, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם, במלואם או בחלקם, ישירות לנותן השירות או למבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות לשיעור רצון המבטח. לבקשת המבוטח ובכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח לנותן השירות התחייבות כספית מראש אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו. לבקשת המבוטח ובכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח מקדמה אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. **המבטח רשאי להתנות את מתן המקדמה בתנאים, הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו.** אם הגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה "נאמן למקור" ויציין את הגורם אליו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע מהגורם האחר, ואישור הגורם האחר על הסכום ששולם למבוטח.
- 10.2. תגמולי ביטוח שישולמו לנותן שירות במטבע חוץ יתורגמו לשקלים בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ הנ"ל ביום התשלום על ידי המבטח. תגמולי ביטוח שישולמו למבוטח כשיפוי בגין הוצאות רפואיות ששילם במטבע חוץ לנותן השירות ישולמו בֶּה בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ ביום תשלום ההוצאה הרפואית לנותן השירות, והכול בכפוף למגבלות ולתקרות הכיסוי ולתנאים המפורטים בפוליסה זו.
- 10.3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

10.4. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

11. מקרה ביטוח המכוסה על ידי צד שלישי:

11.1. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

11.2. הייתה למבוטח, בשל מקרה הביטוח, גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח מסוג "שיפוי" ולאחר שכיסה את התביעה במלואה ובגובה סכום התגמולים ששילם, והוא יעשה בה שימוש באופן שלא יפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי שיפוי מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח. קיבל המבוטח מהאדם השלישי ולא על פי חוק פיצוי ולא שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך.

11.3. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שבניהם.

11.4. **המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.**

11.5. בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם, אצל יותר ממבטח אחד ולא במסגרת שב"ן באחת מקופות החולים, על המבוטח להודיע על כך למבטח בכתב, מיד לאחר שנעשה הביטוח הנוסף או לאחר שנודע לו עליו.

11.6. היה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאות המכוסות על פי ביטוח זה מאת מבטח אחר או מאת קופת חולים, יהיה המבטח אחראי כלפי המבוטח יחד ולחוד עם המבטח האחר לקופת החולים לגבי סכום הביטוח החופף, ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

12. כפל ביטוח:

12.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.

12.2. בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בבטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

13. חריגים כלליים:

13.1. המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה ביטוח שארע עקב או בגין אחד או יותר מהאירועים הנקובים להלן:

13.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה בכל אחד מפרקי הפוליסה.

13.1.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

13.1.3. שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא), תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידיס) או נשאות HIV ובלבד שהיו קיימים אצל המבוטח נוגדנים למחלה לפני מועד תחילת הביטוח, חריג זה הינו כפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם בפוליסה זו.

13.1.4. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים, פעולה בלתי חוקית, גמילה מעישון.

13.1.5. הפרעות נפש, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בפוליסה זו.

13.1.6. מום מולד, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בפוליסה זו.

13.1.7. ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית במתכוון ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

13.1.8. אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים בכפוף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בפוליסה זו.

13.1.9. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, בכפוף לכיסוי שנרכש על ידי המבוטח, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות, ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיר שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול תרופתי בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

13.1.10. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.

13.1.11. ניתוחים ו/או טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

14. חובת גילוי:

14.1. (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

14.2. אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח. ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

14.3. קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתיים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסוכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

א. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

ב. מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

14.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

14.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור, מובהר כי תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי שחלה עליו חובת גילוי כאמור לעיל.

14.6. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה שלה זכאי המבטח על פי כל דין.

15. מצב רפואי קודם:

15.1. לעניין סעיף זה -

"מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. "סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבטח בתקופה שבה חל הסייג.

15.2. לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.

15.3. הסייג בשל מצב רפואי קודם, כאמור לעיל, לעניין מבטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:

פחות מ-65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

15.4. על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ולא את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

15.5. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

15.6. על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם (ככל שהחריג חל על המבוטח בהתאם להוראות הפוליסה), כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

16. תקופת האכשרה:

16.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 90 או 120 ימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבטח, כמפורט בפרק השירותים האמבולטוריים – פרק ו' בפוליסה. האמור בסעיף זה לא יחול על מבטחים אשר הצטרפו לביטוח על פי הסכם זה ללא מילוי הצהרת בריאות, אולם לגבי מקרים הקשורים להריון ו/או לידה ו/או הפריה חוץ גופית ו/או התפתחות הילד תחול תקופת האכשרה על כל המבוטחים.

16.2. למרות האמור בסעיפים 16.1 לעיל, עובדים ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוחי בריאות תקפים, ערב הצטרפות להסכם זה (להלן: "פוליסות קודמות"), יהיו פטורים מתקופת אכשרה על כיוויים וסכומים חופפים להסכם זה ובתנאי שהשלימו את תקופת האכשרה על פי הפוליסות הקודמות והמציאו למבטח אישור על היותם מבוטחים בכיסוי הנתבע במסגרת הפוליסה הקודמת במועד הצטרפותם לביטוח עפ"י הסכם זה.

17. נוהל תביעה:

17.1. בהיודע למבטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את התייחסות המבטח לתביעה בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה

על אף האמור, אם בוצע ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי המכוסה על פי פוליסה זו בבית חולים פרטי כתוצאה ממצב חירום רפואי שחייב ביצוע ניתוח דחוף במבוטח ומנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, יש להביא את הדבר לידיעת המבטח בתוך זמן סביר או בתוך 45 ימים ממועד ביצוע הניתוח. ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה.

17.2. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית, המתיר לכל רופאיו ולא לכל גוף או מוסד אחר בארץ ולא בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח, ככל שהדבר נוגע לברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו.

17.3. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם ברור חבותו, שאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.

17.4. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

17.5. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח, לפי העניין.

17.6. בכל מקום שבו נקבע בפוליסה זו תשלום כשיפוי למבוטח בגין הוצאות, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים שבהם נשא. על אף האמור לעיל, אם הגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאות המכוסות על פי פרק זה לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק "נאמן למקור" של הקבלה בצירוף אישור הגורם האחר על קבלת הקבלה המקורית, בציון הסכום ששילם בגינהן בפועל.

18. התיישנות התביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

19. הגבלת אחריות המבטח:

19.1. המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי הסכם זה בזמן היות המבטוח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל- 90 יום ברציפות. למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל.

19.2. מבטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן: יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בזמן היות המבטוח מחוץ לישראל מעל 90 יום ברציפות.

19.2.1. **חלופה א':** לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבטוח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבטוח ישלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים כאמור בנספח 2 להסכם אשר היו משולמים על ידו אם היה מבטוח השוהה בארץ. עם שובו של המבטוח ארצה יוכל המבטוח לשוב לביטוח למעמד של מבטוח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיוודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

19.2.2. **חלופה ב':** להמשיך ולהיות מבטוח בביטוח כאמור בהסכם זה ובכפוף לתשלום דמי הביטוח במלואם כאמור בנספח 2 להסכם וכל עוד השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם יינתנו רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

19.3. המבטח אינו אחראי לשירותים הרפואיים ולא האחרים הניתנים למבטוח במסגרת ביטוח זה, לרבות לאיכות השירותים הרפואיים. המבטח אינו אחראי לכל נזק, אבדן, הפסד או הוצאה שייגרמו למבטוח ולא לכל צד שלישי, במישרין או בעקיפין, עקב בחירתו של המבטוח בנותני שירותים רפואיים ולא אחרים ולא הפנייתו על ידי המבטח לנותני השירותים כאמור ולא כתוצאה ממעשה או ממחדל של נותני השירותים כאמור ולא עקב טיפול תרופתי, לרבות נטילה או אי-נטילה של תרופה.

20. שינוי מוטב:

20.1. בטרם אירע מקרה הביטוח, רשאי המבטוח לשנות את המוטב בהודעה בכתב שתימסר למבטח.

20.2. לא יקבע המבטוח מוטב בקביעה בלתי חוזרת ולא ישנה קביעתו של המוטב לקביעה בלתי חוזרת, אלא אם קיבל לכך תחילה את הסכמת המבטח בכתב.

21. השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי:

ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

22. יועץ ביטוחי רפואי:

- 22.1 להבטחת ביצוע התחייבויות המבטח על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה את ד"ר אודי פרישמן כיועץ ביטוח רפואי (להלן: "היועץ") לגורם הבקרה.
- 22.2 היועץ יופקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של המבטח כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יהיה רשאי לעיין בכל מסמך הקשור לביצוע התחייבויות המבטח, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, דוחות כספיים, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה מסמכים שעניינם אישור או דחיית תביעות. העתקי דוחות של היועץ, בין בדרך כלל ובין במקרה של בירור תביעות, יועברו, בכפוף להוראות כל דין, גם לבעל הפוליסה.
- 22.3 היועץ יהיה רשאי לתת את חוות דעתו במקרים של מחלוקת לעניין אישור תביעה בין המבוטח למבטח. מובהר כי אין באמור כדי לפגוע ו/או לגרוע מזכותו של המבוטח לפנות לערכאות משפטיות.
- 22.4 חברת הביטוח תעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ כל מידע רפואי, כספי אקטוארי או אחר לרבות ולא רק: נתוני תביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו וסך התביעות התלויות ועומדות לפי פרקי הפוליסה השונים, מספר התביעות שנדחו, פירוט תביעות שנדחו והסיבות לדחייתן, משך הטיפול בתביעה, וכל מידע אחר הנחוץ לצורך הערכה ומידע לגבי התוכנית ואופן ניהולה נתונים אקטואריים וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה או היועץ בהקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבוטחים.
- 22.5 המידע כאמור לעיל יוגש לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ הרפואי תוך 2 ימי עבודה ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבוטחים על ויתור סודיות רפואית.
- 22.6 המבטח ידווח ליועץ על כל חריגה, אי בהירות בתביעות, וכן לגבי כל בעיה המתעוררת בהקשר לניהול מערך התביעות והשירות של המבטח.

23. שירות:

- 23.1 המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור) ללא הפסקה.
- 23.2 מוקד השירות יופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00 ע"י המבטח באמצעות נציגי שירות וביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד חיצוני. במידת הצורך יטופל המבוטח באופן מיידי ע"י כוון מקצועי של המבטח, המקושר למחשב החברה.
- 23.3 אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.
- 23.4 אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור לפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.
- 23.5 אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.
- 23.6 אנשי המוקד יתעדנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים – ולפי השינויים יעדנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.

- 23.7. פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.
- 23.8. פנייה של מבוטח תיענה בזמן סביר, 80% מהשיחות יענו בתוך 60 שניות. במקרה של עמוס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- 23.9. לבקשת המבוטח יספק מוקד השירות תשובה בכתב. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לביורר מחלוקת ולכל צורך אחר. המבטח ימנה מתוך צוות טיפול בתביעות, נציגים אשר יטפלו בלעדית במבוטחי פוליסה זו.
- 23.10. המבטח יעדכן את המבוטח באמצעות שליחת SMS / דוא"ל / פקס כאישור על קבלת מסמכי התביעה, עדכון על סטטוס התביעה, הודעה על דחייה/תשלום/הוצאת התחייבות באמצעי ההתקשרות בו יבחר המבוטח.
- 23.11. אישור או דחייה של התביעה אשר הוגשה למבטח על ידי מבוטח תעשה תוך 7 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. פרק אמבולטורי בתוך 14 ימי עבודה.
- אפשרה התביעה, יעביר המבטח התחייבות לתשלום לספק השירות שבהסכם על פי מועד קבלת השירות המתוכנן למבוטח. במקרה בו נדרש המבטח לשלם למבוטח תשלום כספי, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח תוך 14 ימי עבודה.
- 23.12. מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונה. החברה תשפה את המבוטח עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.
- 23.13. המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונהלי המבטח ויהיה בקיא היטב בפרטי חוזה זה. במקרים דחופים יהיה איש הקשר הבכיר זמין בכל שעות היממה, באמצעות מוקד השירות.
- 23.14. תביעות שנדחו יועברו לבחינת היועץ על פי דרישת המבוטח או בעל הפוליסה. מובהר כי אין באמור כדי לפגוע ו/או לגרוע מזכותו של המבוטח לפנות לערכאות משפטיות.

24. וועדת ערר:

- 24.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה באחריות יועץ הביטוח.
- 24.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה
- 24.3. החלטת הוועדה תינתן פה אחד ותחייב את המבטח.
- 24.4. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת וועדת הערר.
- 24.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

פרק כללי-הגדרות לכל פרקי הפוליסה.

1. הגדרות:

- הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.**
- 1.1 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח מיום 01.10.2014 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מועצה אזורית שומרון.
 - 1.2 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.3 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
 - 1.4 "בית חולים פרטי" - בית חולים כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
 - 1.5 "בית חולים שבהסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח במועד שבו מגיש המבוטח את התביעה.
 - 1.6 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
 - 1.7 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
 - 1.8 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לגבולות ישראל, למעט מדינות אייב.
 - 1.9 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים.
 - 1.10 "מנתח הסכם" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה-מנתח בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
 - 1.11 "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
 - 1.12 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
 - 1.13 "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.12, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
 - 1.14 "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בסעיף 1.12 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
 - 1.15 "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח
 - 1.16 "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

1.17. "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי. כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן**. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**.

1.18. "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמון כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**.

- 1.19. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח, ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח: ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהמבוטח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדן בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. קביעת הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול גם בדבר תחליף ניתוח יחשב גם מצב בו נדרש הטיפול הרפואי באמצעות תחליף ניתוח ולא קיימת אינדיקציה לביצוע הניתוח עצמו מסיבות רפואיות או אחרות.
- 1.20. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.21. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכאות לתגמולי ביטוח.
- 1.22. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הסיניק;
- 1.23. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את הסוג המתאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
- 1.24. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.25. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.26. **"המבוטח"** - כהגדרתו בהסכם.
- 1.27. **"שב"ן"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות הממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.28. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.29. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.30. **"סוכנות הביטוח"** - סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 1.31. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.32. **"וועדת הסיניק"** - ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).

1.33. **"תקופת אכשרה"** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. המבטח לא יהיה אחראי לתשלום על פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה. למען הסר ספק, מובהר כי המבוטח יחויב בתשלום דמי ביטוח בגין תקופת האכשרה. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.

1.34. **"גיל ביטוחי"** - גילו של המבוטח לצורכי פוליסה זו, אשר נקבע כדלהלן: גיל המבוטח בתאריך התחלת הביטוח נקבע בהתאם להפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין תאריך התחלת הביטוח. גיל המבוטח יימנה בשנים שלמות, כאשר חלק משנה הקטן ממחצית השנה יעוגל כלפי מטה וחלק משנה השווה למחצית השנה או גדול ממחצית השנה יעוגל כלפי מעלה. לדוגמה: מבוטח שנולד ביום 15.5.2000 ותאריך התחלת הביטוח שלו הוא ביום 1.1.2010, ייחשב לבן 10 ביום התחלת הביטוח, אף על פי שטרם חגג את יום הולדתו העשירי.

גיל המבוטח מתעדכן לאורך חיי הפוליסה בחלוף שנות ביטוח, כהגדרתן להלן, בלבד, באופן שכל שנת ביטוח העוברת מתאריך התחלת הביטוח מוסיפה שנה לגיל המבוטח.

1.35. **"דף פרטי ביטוח"** - דף המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את שם הפוליסה, את תאריך התחלת הביטוח, ופרטים אחרים הנוגעים לביטוח על פי פוליסה זו.

רובד בסיס

פרק א. השתלות בארץ ובח"ל וטיפולים/ניתוחים בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1. **המרכז הלאומי להשתלות- יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.**
- 1.2. **טיפול בחו"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.**
 - 1.1.1. הטיפול בחו"ל אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.1.2. סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.1.3. הניסיון בביצוע הטיפול בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.
 - 1.1.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מסוג זה בחו"ל.
 - 1.1.5. ביצוע הטיפול בחו"ל נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.1.6. הטיפול בחו"ל דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
 - 1.1.7. הטיפול בחו"ל נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3. **הטיפול בחו"ל יעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע. לא יכלול במסגרת הטיפול בחו"ל טיפול ניסיוני.**
 - 1.3.1. השתלה - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. **להסרת ספק יובהר כי דיאליזה, קוצב לב, הנשמה מלאכותית, דפיברילטור, וכן פרוצדורה של החדרת תאי גזע באחד מאיברי הגוף כגון כבד או לב, לא ייחשבו כהשתלה.****ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:**
 - 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
 - 1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
 - 1.3.3. **ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

2. מקרה ביטוח:

- 2.1. צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו בארץ או בחו"ל.
- 2.2. צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, בדרגה של סגן או מנהל מחלקה בבית חולים בישראל, או רופא מומחה מטעם המבוטח שהיה בעבר בדרגה של סגן או מנהל מחלקה בבית חולים בישראל.

3. התחייבות המבוטח:

- בעת ביצוע השתלה או טיפול בחו"ל עפ"י ההסכם, ישפה המבוטח את המבוטח או ישלם ישירות לגותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול בחו"ל), כמפורט להלן:
- 3.1. לעניין השתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.
 - 3.2. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבוטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבוטח-נספח 1. לעניין סעיף זה מובהר כי המבוטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח – 2008.
 - 3.3. לטיפול בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים בחו"ל, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי כמפורט בנספח 1.
 - 3.4. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
 - 3.4.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
 - 3.4.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל.
 - 3.4.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
 - 3.4.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
 - 3.4.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
 - 3.4.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
 - 3.4.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

- 3.5. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3 :
- 3.5.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושטל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.5.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.5.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם – עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.5.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.5.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;
- 3.5.6. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 3.5.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול בחו"ל, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.5.8. הוצאות לטיפולי המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 3.5.9. תשלום מלא עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל.
- 3.5.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול בחו"ל עד לתקרת הסכום בנספח 1.
- 3.5.11. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. כמפורט בנספח 1.
- 3.6. כל התשלומים להשתלה או לטיפול בחו"ל, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 – הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול בחו"ל, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול בחו"ל, בהתאמה.

3.7. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:

מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבוטח על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1 **למעט השתלת קרנית /או השתלה עצמית**. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבוטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו לקבלת שיפוי בגין ביצוע ההשתלה על פי פוליסה זו, לרבות פיצוי כמפורט בסעיף 3.7 להלן.

3.8. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה:

ביצע המבוטח את ההשתלה בחו"ל, (**למעט השתלת קרנית והשתלה עצמית**) בעת היותו מבוטח במסגרת הסכם זה, ללא השתתפות המבוטח בתשלום כלשהו בגינה, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסכום הנקוב בנספח 1, בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלבנטי בישראל אישר כי המבוטח עבר השתלה בחו"ל בתוך תקופת הביטוח. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו לקבלת שיפוי בגין ביצוע ההשתלה על פי פוליסה זו לרבות הפיצוי כמפורט בסעיף 3.6 לעיל.

למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן. להסרת ספק, המבוטח זכאי לקבלת אחד הפיצויים בלבד כמפורט בסעיף 3.6 לעיל או בסעיף 3.7 לעיל.

3.9. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.9.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, של האברים כמפורט בנספח 1, ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, גמלה חודשית לאחר השתלה בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1.

3.9.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבוטח במימון ההשתלה.

3.10. טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.10.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "**מבצע הניסוי**"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:

- 3.10.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.10.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;
- 3.10.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 30 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.

פרק ב. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. תרופה חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
"הגדרת תרופה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2007-1-12 - 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'"
- 1.2. **"תרופה ניסיונית"** – תרופה שהשימוש בה מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי;
- 1.3. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות להתווייה הרפואית הנדרש לטיפול במבוטח על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.4. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **רופא בית חולים-רופא העובד** במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.11. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.12. **פרסום רשמי - אחד מהבאים:**
 - (1) פרסומי ה-FDA
 - (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
 - (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
 - (4) Drugdex (Micromedex)

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו לעיל, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כלשהיא בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח:

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 1 לעניין סעיף זה למקרה ביטוח.
- 3.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן, ובתנאי שעלות התרופה עולה על גובה השתתפות עצמית.
- 3.3 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.4 מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

3.5 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

3.6 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים שתחילתה במועד תחילת ההסכם.

3.7 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.

4. חריגים מיוחדים:

4.1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1.1. תרופה ניסיונית או תרופה לטיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית.

4.1.2. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.1.3. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

4.1.4. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4.1.5. אין אונות.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל:

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה למעט מקרה בו שהיית המבוטח בחו"ל הינה במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

פרק ג'

כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי:

1.1. **מקרה הביטוח:** ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח בחו"ל.

הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח: בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח ישיר עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך ביצוע הניתוח, עד סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח 1. במידה והניתוח לא תואם מראש עם המבטח יכסה המבטח את עלות הניתוח עד תקרה של 150% מעלות אותו הניתוח בארץ למבטח.

1.2. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.2.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.2.2. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:

במקרה של ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים), לתקופה של עד 21 יום ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

1.2.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

1.2.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.

1.2.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח** : בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול הרפואי שעבר בחו"ל, אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של עד 5 ימים או יותר, ואשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד(במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

2. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם ולחריגים הקבועים בפרק הניתוחים כולל החריגים בגין כיסוי טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח, אשר יחולו במלואם על פרק זה בשינויים המחויבים, המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:

2.1. ניתוחי חירום.

2.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

פרק ד'. כיסוי להתייעצויות עם רופא מומחה

התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לביתו: המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות בשנת ביטוח. הכיסוי כולל אבחונים אצל רופא מומחה לרבות גנטיקאי ופרמקולוג, על פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות המבוטח עבור התייעצויות/יות או האבחונים עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20%.

ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון אבל לא במעקב שגרה והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד אבל לא במעקב של שגרה.

להסרת ספק, הכיסוי על פי סעיף זה הינו בגין עד שתי התייעצויות ואבחונים כאמור לעיל בסה"כ בשנת ביטוח.

רובד הרחבה

פרק ה' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון"

1. **מקרה הביטוח:**
ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בישראל במהלך תקופת הביטוח.
2. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח:**
 - 2.1. **שכר מנתח בבי"ח פרטי:** בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרת סכום שיפוי של עלות הרופא/ים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא אחר, ישפה המבטח את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת הרופא עד תקרת הסכום שהיה משולם על ידי המבטח למנתח בהסכם, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה. למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברשימה כלשהי ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.
 - 2.2. **שכר רופא מרדים:** כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי לרבות בגין בדיקה קדם ניתוחית, בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרה של עלות המרדים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים אחר, ישפה המבטח את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת המרדים, עד תקרת הסכום שהיה משולם על ידי המבטח למרדים בהסכם, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה. למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברשימה כלשהי ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.
 - 2.3. **אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:** כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי. לרבות שהות בטיפול נמרץ, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, בדיקות אבחון והדמיה, תרופות לרבות תרופות אשר אינן כלולות בסל הבריאות, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז. במידה ובית החולים לא יממן את ההוצאות הנ"ל, יכסה המבטח את ההוצאות ויקבל מהמבוטח ייפוי כוח לתבוע את בית חולים על זכאותו.
 - 2.4. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:** כיסוי ההוצאות עבור חדר ניתוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע למבוטח.
 - 2.5. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח.
 - 2.6. יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.
3. **כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח:**
מבוטח אשר עבר ניתוח או תחליף ניתוח על פי הוראות פרק ג' או פרק ה' לעיל, בנוסף לכיסוי ההוצאות הרפואיות כמפורט בפרק ג' או ה' בהתאמה, יהיה זכאי לכיסוי בגין השירותים המפורטים להלן, עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1 לכל סעיף וסעיף.

3.1. **התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח:** המבטח ישפה את המבטח בגין שתי התייעצויות לפני הניתוח ושתי התייעצויות אחרי הניתוח, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבטח ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבטח. המבטח ישפה את המבטח בגין ההתייעצות/יות גם אם בסופו של דבר יוחלט שלא לבצע את הניתוח. בהתייעצות אצל המנתח שביצע בפועל את הניתוח - שיפוי מלא. במידה והתבצע אצל רופא אחר לבחירת המבטח - המבטח ישפה את המבטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת. ידרוש המבטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויתר המבטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.

3.2. **תותבת-אביזר מושתל** (למעט תותבת שיניים): בוצע במבטח בבית חולים ציבורי או פרטי ניתוח או תחליף ניתוח או טיפול רפואי אחר, ובמהלכו הושתל במבטח שתל, ישתתף המבטח בעלות השתל הנ"ל עד לתקרה כמפורט בנספח 1 להלן, ולא יותר מההוצאה בפועל אשר הוציא המבטח. **למען הסר ספק, יובהר כי בגין עדשה מולטי פוקאלית המושתלת במהלך ניתוח קטרקט, יישא המבטח בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 25% מעלות העדשה.**

3.3. **אחות פרטית/ת לאחר ניתוח:** כיסוי לשכר אחות/ות פרטית/ת לאחר ניתוח עד לסך כמפורט בנספח 1 להלן ועד 14 ימי אשפוז. התשלום ישולם כנגד הגשת קבלות מקוריות או נאמן למקור בהתאם להוראות הפוליסה או לחילופין הצהרה של האחיות או אשור בית החולים בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

3.4. **שירותי הסעה באמבולנס:** החזר הוצאות מלא למבטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או של חברה אחרת, עבור העברתו של המבטח לבי"ח פרטי בישראל או ממנו או העברתו בין בתי-חולים בישראל עקב ניתוח בבי"ח פרטי או בי"ח ציבורי אחר בישראל.

3.5. **בדיקות מעבדה:** בדיקות מעבדה ובדיקות אבחון הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח ואשר בוצעו טרם האשפוז או במהלך האשפוז. המבטח זכאי לשיפוי גם אם הניתוח לא בוצע ובתנאי שהבדיקות בוצעו בהנחיית רופא מנתח כהכנה לניתוח, ועד סכום ביטוח מרבי של כמפורט בנספח 1.

4. **כיסויים נלווים לפרק הניתוחים:**

4.1. **תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח:** נפטר המבטח בעת ניתוח או במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ישלם המבטח ליורשיו של המבטח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך המפורט בנספח 1 להלן.

4.2. **אובדן כושר תפקוד מוחלט כתוצאה מניתוח** (למבטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 70): המבטח ישלם למבטח, במקרה של אובדן כושר תפקודי זמני או קבוע, שנגרם כתוצאה מניתוח, ובגינו המבטח אינו יכול לעבוד בעבודה בה עבד טרם הניתוח, פיצוי חודשי כמפורט בנספח 1 להלן, לאחר 30 ימי המתנה ולתקופה מרבית בת 12 חודשים. מובהר כי במקרה ביטוח כאמור לעיל, המבטח ישחרר את המבטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום דמי הביטוח, כל עוד ימצא המבטח במצב של אובדן כושר עבודה.

- 4.3. **מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת איידס או הפטיטיס B** : נדבק המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או בהפטיטיס B, במהלך ניתוח, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1.
- 4.4. **טיפול שיקום אחרי ניתוח**: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית ריפוי בעיסוק והידרותרפיה כמפורט בנספח 1, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.
- 4.5. **פיצוי בגין אשפוז ארוך**: מבוטח שביצע ניתוח, והיה מאושפז לתקופה העולה על 10 ימים לאחר ביצוע הניתוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי כמפורט בנספח 1.
- 4.6. **שכירת מכשיר טלויזיה**: המבטח ישפה מבוטח אשר אושפז בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח לתקופה העולה על 24 שעות רצופות בבית חולים, בגין ההוצאות שנגרמו לו בפעול להשכרת מכשיר טלויזיה במהלך האשפוז ולא יותר מהמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח.
- 4.7. **שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול**: המבטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 בפרק שירותים אמבולטוריים (פרק ו'), ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם שהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 14 יום.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה:

- בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שארע עקב או בגין אחד או יותר מהאירועים הנקובים להלן:
- 5.1. רדיותרפיה וכימותרפיה לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.
- 5.2. טיפולי פיזיותרפיה וטיפול אלטרנטיבי לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.
- 5.3. בדיקה/בדיקות ו/או בדיקות מעבדה /או זריקה ו/או הזלפות, רנטגן ו/או הקרנות ו/או טיפולים כימותרפיים ו/או אונקולוגיים ו/או טיפול דיאליזה ו/או טיפול היפותרמי ו/או טיפול היפרתרמי ו/או זריקה ו/או הזלפות.
- 5.4. בדיקות הקשורות בהריון ו/או בדיקת עוברים.
- 5.5. בדיקות ופעילות הדמיה כגון C.T ו - M.R.I, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.
- 5.6. ניתוחים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון. למרות האמור בסעיף זה, יכוסו במסגרת פוליסה זו ניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה.
- 5.7. טיפולים מיוחדים בחו"ל כמפורט בפרק א' לנספח זה.

פרק ה'1

כיסוי מורחב לניתוחים מעבר לשב"ן ולטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

1. מבטח שברשותו שב"ן ורכש כיסוי לפרק זה "משלים שב"ן":

- 1.1 בקרות מקרה הביטוח כהגדרתו בסעיף 1 בפרק ה' ישפה המבטח את המבטח בגין הוצאותיו עבור ניתוח או תחליף ניתוח שעבר בישראל, מעבר למלוא זכויות המבטח בתכנית השב"ן בה הוא חבר. המבטח ישופה כאמור לעיל, בגין כל ההוצאות בפועל (לרבות תשלומי השתתפות עצמית) שהיו לו עבור הניתוח שעבר כמפורט בסעיף 1 לעיל בפרק ה' "**ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח**", מעבר להוצאות שכוסו ושולמו בגין הניתוח על ידי השב"ן בו הוא חבר, ועד תקרת הכיסויים כמפורט בפרק ה' לעיל.
- 1.2 הוכרה זכאותו של מבטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המנתח, יהיה זכאי המבטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסדר עם המבטח וישופה בגין הוצאותיו כמפורט בסעיף 1 לעיל בפרק ה'. בחר המבטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שאינו בהסדר עם המבטח ישופה, עד גובה עלות הניתוח למבטח באמצעות רופא הסדר.
- 1.3 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטח ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.
- 1.4 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כמפורט בפרק ה' לעיל.
- 1.5 יבקש המבטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (רופא הסכם), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח. שכר טרחתו של הרופא יכוסה על ידי המבטח, עד תקרת הסכומים כמפורט בפרק ה', בניכוי השתתפות השב"ן ועלויות ביה"ח והאשפוז יכוסו על ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן.
- 1.6 יובהר כי הכיסוי הביטוחי לפי סעיפים: 3 "**כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח**", 4 "**כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים**" בפרק ה' לעיל, יכוסו גם במסגרת פרק זה, בהתאם לסכומי הביטוח המצוינים בנספח 1 בלא קשר לכיסוי הניתוח ע"י השב"ן.
- 1.7 יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף, בניכוי השתתפות השב"ן.

2. ברות ביטוח

2.1 הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "**הפסקת השב"ן**") ו/או המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בתוכנית השב"ן אליה הצטרף, תפקע חובתו של המבוטח שעל פי נספח זה ממועד הפסקת השב"ן והמבוטח יבוטח אוטומטית בכיסוי עפ"י כיסוי לניתוח "**משקל ראשון**", לתקופה בת 90 ימים. המבוטח רשאי במהלך 90 הימים האמורים, לפנות למבוטח בכתב ולבקש להצטרף לכיסוי עפ"י כיסוי "**שקל ראשון**". וזאת החל ממועד הפסקת חברותו של המבוטח בשב"ן. במקרה זה, לא תידרש מהמבוטח כל תקופת אכשרה ו/או הצהרת בריאות. מובהר כי מבוטח אשר ארע לו מקרה ביטוח במהלך 90 הימים האמורים לעיל, יהא זכאי לכיסוי על פי התנאים הקבועים בכיסוי משקל ראשון והכל תוך תשלום דמי הביטוח בגין התקופה שעברה ממועד הפסקת חברותו של המבוטח בשב"ן. להסרת ספק, תנאי חיתום שנקבעו בגין פרק זה יחולו גם על פרק ה'.

2.2 מודגש, כי מבוטח אשר לא פנה לחברת הביטוח במהלך 90 הימים האמורים, להסדרת צירופו לכיסוי, יהא זכאי בתום 90 הימים הנ"ל, בעת קרות מקרה ביטוח, לקבלת תגמולי הביטוח על פי כיסוי משלים שב"ן בלבד. מובהר כי צירופו לכיסוי "שקל ראשון" בתום התקופה יהא כרוך במילוי הצהרת בריאות והכל בתנאי שפוליסה של המבוטח, על כל נספחיה, הנה בתוקף.

2.3 למען הסר יובהר כי הכיסוי לחליפי ניתוח וניתוחים בחו"ל על פי פרק ניתוחים בחו"ל יחול גם על מי שבחר את הכיסוי על פי פרק זה (למבוטחי שב"ן).

3. בקרות מקרה הביטוח, המבוטח מתחייב לפנות למימוש זכאותו על פי תנאי תוכנית השב"ן שברשותו ולהודיע למבטח בהקדם, ככל האפשר, על כל החלטה של קופת החולים בהקשר לזכאותו בתוכנית השב"ן בגין הניתוח ו/או הוצאות הנלוות לו וכן כל החלטה הרלוונטית לבירור תביעתו של המבוטח. בנוסף מתחייב המבוטח להודיע למבטח על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הניתוח מיד עם קבלת ההודעה ו/או התשלום מאת תוכנית השב"ן.

4. חריגים

על פרק זה יחולו החריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, וכן החריגים המפורטים בפרק ה' בפוליסה זו - כיסוי מורחב לניתוחים.

פרק ו' שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא:
 - 1.1. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T) בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחנית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעת מחלתו של המבוטח, למעקב או לקביעת דרכי הטיפול בו.
 - 1.2. "ניתוח גדול" - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
 - 1.3. "בדיקות ושירותים להריון" -
 - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסיליה לרבות צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. VERIFI.
 - 1.4. "בדיקות לסיקור גנטי להורהים לפני הריון": סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד רבות : גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקונון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
2. **מקרה הביטוח:**

המבטח ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט בנספח 1, בגין ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל עקב בעיה רפואית פעילה במהלך תקופת הביטוח.
 3. **התחייבות המבטח**
 - 3.1. **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי לשנת ביטוח, על - פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לשנת ביטוח.

- 3.2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.
- 3.3. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי לשנת ביטוח על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מבניהם. ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. הזכאות לחוות דעת הינה אחת בשנת ביטוח.
- 3.4. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה כמפורט בנספח 1 לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

בדיקות ושירותים אונקולוגיים

- 3.5. **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על-פי האמור בנספח 1. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה גנטיים:

- 3.6. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל הנקוב בנספח 1 למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצע על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים

- 3.7. **טיפול ע"י מקרופאגים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום המפורט בנספח 1 להלן בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שירותים רפואה כלליים:

- 3.8. **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.
- 3.9. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** או טיפול ב- amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.
- 3.10. **אח/ות פרטי/ת:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אח/ות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום המצוין בנספח 1 לכל יום ועד 14 ימים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מההוצאה.
- 3.11. **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 12 טיפולים בשנת ביטוח ועד סכום הביטוח כמפורט בנספח 1 לטיפול.
- 3.12. **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ובכפוף לאמור בנספח 1 לכל תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.13. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:** מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום כמצוין בנספח 1.
- 3.14. **הזרקת חומרי סינוך למפרקים:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סינוך למפרקים לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח.
- 3.15. **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח.
- 3.16. **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום שיפוי מרבי כמפורט בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

התפתחות הילד

- 3.17. **אבחון בעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 16-3 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1 לכל תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.18. **טיפול בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל / למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נירולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 16-2. טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1 לטיפול ועד 12 טיפולים בסה"כ לכל הטיפולים הנזכרים בסעיף זה לעיל לכל תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הריון ולידה:

- 3.19. **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום המפורט בנספח 1.
- 3.20. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום הביטוח המצוין בנספח 1 למקרה ביטוח.
- 3.21. **טיפול הפרייה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת ב 80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי הפרייה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 לכל ילד. ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לשני בני הזוג.
- 3.22. **טיפול הפרייה חוץ גופית לפונדקאית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח ב 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפרייה לפונדקאית שנותנת שירותי פונדקאות למבוטח, ובתנאי שהטיפול יעשה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1 לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לכל תקופת הביטוח. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לשני בני הזוג.

טיפול שיניים:

3.23. **טיפול חירום בשיניים:** המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לעזרה ראשונה ושיכון כאבים במקרה של כאבי שיניים ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש:

- עצב מודלק.
- ניקוז מורסה משן נגועה.
- מתן מרשם מתאים לשיכון כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית.
- פפליטוס עקב דחיסת מזון.
- דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.
- פריקורוניטיס.
- הורדת נקודת לחץ של תותבת.

לכל אחד מטיפולי החירום – יינתן החזר של עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1. בגין טיפולי חירום שינתנו לאחר השעה 21.00 או בשבתות ובחגים – החזר של עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1. והכל עד ל- 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.

4. שיפוי שב"ן :

קיבל המבוטח את אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה לעיל במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בנספח 1.

5. **תקופת אכשרה: 90 יום.** לפרק הריון ולידה ופרק התפתחות הילד – תקופת אכשרה 120 יום.

6. חריגים

נוסף על החריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו על פרק זה בשינויים המחויבים, המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי הביטוח על פי פרק זה בגין בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

פרק ז. כתבי שירות

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי כתבי השירות המצוינים להלן ועל פי התנאים שנקבעו בין המבטח לספק השירות שזהותו תקבע על ידי המבטח.

1. כתב שירות רופא עד הבית

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").	השירות ניתן על ידי:
לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.	הזכאות לשירות ניתנת:
שירותי רופא עד הבית מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 25 ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו ימצא המנוי, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום).	השירותים למנוי:
<ol style="list-style-type: none"> 1. קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשירות (להלן: "החולה"). 2. בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במכשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיוביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. 3. קבלת אבחנה רפואית. 4. מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 5. מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 6. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה ו/או רופא ילדים. 7. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי. 8. מתן תעודה רפואית. 	שירות זה כולל:
<ol style="list-style-type: none"> 1. התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון 03-6388400 או *5590, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת. 2. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד: <ul style="list-style-type: none"> - בשעות הבוקר (7:00-19:00) - עד שלוש שעות. - בשעות הערב / לילה - (7:00-19:00) - עד שעתיים. 3. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כדין. 	אופן קבלת השירותים:

<p>תוקף כתב השירות:</p>	<p>כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.</p>
<p>באילו מקרים אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:</p>	<p>אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, כוח עליון וכיוצא בזה.</p>
<p>אחריות המבטח:</p>	<p>המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו, וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.</p>

2. שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

- 1 **השירות ניתן על ידי:**
פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").
- 2 **הזכאות לשירות ניתנת:**
לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.
- 3 **השירות למנוי:**
ינתן לכל מנוי, אשר קיבל הפניה בכתב מאת הרופא המטפל לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה ו/או קבלת ייעוץ דיאטטי במרפאות ההסדר של נותן השירות.
שירותי הרפואה המשלימה יהיו אלה המפורטים להלן ואלה בלבד (להלן: "השירותים"):
 - אקופונקטורה
 - רפלקסולוגיה
 - שיאצו
 - אוסטיאפתיה
 - כירופרקטיקה
 - הומאופתיה
 - פלדנקריז
 - ביו-פידבק
 - נטורופתיה
 - ייעוץ דיאטטי
 - שיטת אלכסנדר
 - טווינה
 - רפואה סינית

4 היקף השירות:

- 4.1 המנוי יהא זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים, כקבוע להלן, עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד המבטח באמצעות מוקד טלפוני ארצי (להלן: "מוקד המבטח").
- 4.2 סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 16 (שישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית, בין אם הטיפולים ינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים.
- 4.3 בכל מקרה מספר הטיפולים לו תהא זכאית משפחה המנוי כולה בשנת ביטוח אחת, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים, עבור יעוץ דיאטטי תהא המשפחה המבוטחת זכאית ל - עד 6 טיפולים בשנת ביטוח.

5 אופן קבלת השירותים:

- 5.1 המנוי יתקשר טלפונית בעת שיהא זקוק לקבלת שירות למוקד המבטח, לטל' 03-6388400 או *5590, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה בוטח.
- המנוי יציג מכתב הפניית הרופא המטפל לטיפול הנדרש על ידו. אישור זה מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי ע"י מוקד המבטח לנותן השירות הרלוונטי.
- 5.2 המנוי יהא זכאי לבחור מרפאת הסדר הקשורה עם החברה, מתוך רשימת מרפאות הסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו לקבלת השירות, בה יקבל את השירות.
- 5.3 השירות יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות הסדר.
- 5.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 5.5 הגעת המנוי למרפאת ההסדר אליה הופנה, תהא על חשבונו.
- 5.6 עם תום מתן השירות, יחתום המנוי על ספח ביקורת, לפיו הוא מאשר כי נותן השירות נתן את השירות.
- 5.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך למוקד (גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר).

6 השתתפות עצמית:

- 6.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות שביצע השירות בפועל, השתתפות עצמית בסכום השווה ל - 20% (עשרים אחוז) ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.

7 באילו מקרים לא יינתן שירות:

- 7.1 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוצ').
- 7.2 השירות לא יינתן בקשר עם בעיות כרוניות ובעיות פסיכולוגיות, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם שבסעיף 16 לפרק המבוא בפוליסה.
- 7.3 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך ע"י הרופא המטפל במנוי הקובעת כי קבלת השירות הינה לצורך רפואי ברור.

7.4 השירות אינו כולל הוצאות המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.
7.5 במקרה של גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים או בנותני שירותים באיזור רלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר ו/או נסיבות שהחברה לא ידעה ולא היה עליה לדעת עליהם.

8 **תוקף כתב השירות:**

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.

9 **אחריות המבטח:**

המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

3. **כתב שירות ליעוץ פסיכולוגי**

1. **השירות ניתן על ידי:**

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

2. **הזכאות לשירות ניתנת:**

לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

3. **יעוץ טלפוני**

יעוץ פסיכולוגי טלפוני יינתן 24 שעות ביממה, בכל ימות השנה, למעט בערב יום כיפור מהשעה 14.00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.1. המנוי יהיה זכאי ליעוץ פסיכולוגי טלפוני ע"י מטפל או לפגישה פנים אל פנים כמפורט להלן (פסיכולוג קליני ו/או עובד סוציאלי קליני) בנושאים הקשורים לפרט, לזוגיות ולמשפחה, לילדים, מתבגרים ומבוגרים.

ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:

- א. התמודדות עם מוות במשפחה.
- ב. התמודדות עם מחלות כרונית, מחלות סיעודיות ומחלות חשוכות מרפא.
- ג. התמודדות עם ניתוחים.
- ד. התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית החולים.
- ה. התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה ו/או נכות, בעקבות תאונה.
- ו. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
- ז. התמודדות עם גירושין בין בני זוג.

- ח. התמודדות עם בעיות סמים.
- ט. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
- י. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
- יא. התמודדות עם בעיות התפתחות של ילדים - מוטוריות, ורבלית, תפיסית וכד'.
- יב. התמודדות עם בעיות גמילה של ילדים - ממוצץ, בקבוק, יניקה וכד'.
- יג. התמודדות עם בעיות התנהגות חריגות של ילדים בבית, בגן ילדים, בבית ספר.
- יד. התמודדות עם בעיות התנהגות בקשר הורים -ילדים.
- טו. התמודדות עם קשיי התאקלמות כתוצאה משינוי מקום מגורים.
- טז. התמודדות עם מצב סיעודי של בן משפחה מדרגה ראשונה שהינו במצב סיעודי.
- יז. התמודדות עם בעיות של הורים מבוגרים.
- יח. התמודדות עם בעיות בעבודה.

4. כיצד מקבלים את השירות?

- 4.1. מנוי הנזקק לשירות הכלול בכתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד נותן השירות (להלן: "המוקד") בטלפון **03-6388400** או **5590*** (או בכל מספר אחר שתודיע החברה) להזדהות בשמו, למסור את מספר ת.ז שלו ולפרט את מספרי הטלפון בהם ניתן להשיגו.
- 4.2. בתוך 4 שעות, לכל היותר, ממועד פנית המנוי למוקד, יתקשר אל המנוי מטפל מטעם נותן השירות. במקרה דחוף, יתקשר מטפל מטעם נותן השירות בתוך שעתיים ממועד פניית המנוי למוקד.
- 4.3. המנוי רשאי להתקשר כמה פעמים שירצה, ללא הגבלה.
- 4.4. מנוי הרוצה בהמשך יעוץ טלפוני או בתיאום פגישה ליעוץ פסיכולוגי, יתקשר למוקד כמפורט בסעיף 4.1 שלעיל.
- 4.5. את תיאום הפגישות ליעוץ פסיכולוגי, יעשה המנוי ישירות עם נותן השירות או עם המטפל מטעמו, אליו יופנה.

5. יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים

- 5.1. המנוי זכאי ליעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות פנים אל פנים, עם מטפלים מטעם נותן השרות, בעלויות מופחתות, כדלקמן:
- 10 פגישות ראשונות עם פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני או פסיכותרפיסט - 140 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 2 פגישות ראשונות עם פסיכיאטר - 280 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 25% הנחה על אבחונים של לקויות למידה והפרעות קשב. האבחונים נערכים באמצעות מכונים שבהסדר
- 5.2. מחיר פגישות נוספות, עם פסיכולוג, מעבר ל - 10 הפגישות להן זכאי המנוי בעלויות מופחתות, יקבעו בין המטפל למנוי בהתאם למקובל בענף זה, אך עלותם לא תעלה על - 250 ₪ (כולל מע"מ) לפגישה.
- 5.3. פגישת הייעוץ הראשונה תתקיים בתוך שבוע ימים ממועד הבקשה לפגישה, למעט מקרים דחופים, כפי שייקבע על-פי שיקול דעתו המלא והמקצועי של המטפל, בהם תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך יומיים מיום הבקשה לפגישה.

- 5.4. מובהר בזאת, כי המנוי יהיה זכאי לבחור מטפל מתוך רשימת מטפלים שיציע נותן השירות, בהתאם לבעיה וכי המטפל שנתן יעוץ טלפוני, לא בהכרח יהיה זה שייפגש עם המנוי.
- 5.5. למען הסר ספק, מובהר בזאת שאת התשלום עבור פגישות הייעוץ ישלם המנוי בעצמו ישירות למטפל.
- 5.6. מובהר בזאת שהמנוי זכאי רק לטיפולים שניתנים בקליניקות פרטיות, ללא צורך באשפוז, טיפול פסיכיאטרי, טיפול במעון יום וללא צורך בהתערבות מוסדית כלשהי.
- 5.7. מובהר בזאת שהשירות לא כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

6. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.

7. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

4. ייעוץ מקצועי ומידע למימוש זכויות רפואיות וסיעודיות

השירות ניתן על ידי הדרך ה 15 בע"מ או כל נותן שירות אחר שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").
 הזכאות לשירות ניתנת: לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברי הביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

השירותים למנוי:

1. המנוי יהיה זכאי לקבלת שירותי יעוץ מקצועי למימוש זכויות במקרה של תביעה בתחום הבריאות או הסיעוד מקופת החולים בה הוא חבר ו/או במסגרת הביטוח המשלים.
2. המנוי יקבל תוך 2 ימי עבודה ממועד העברת כל המסמכים אשר נדרשו על ידי מוקד השירות, חוות דעת כתובה לגבי הדרך הטובה והיעילה ביותר, בה עליו לנהוג על מנת לממש את זכאותו על פי חוק הבריאות או השב"ן (הביטוח המשלים של קופות החולים).
3. השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל כתיבת חוות דעת לצורכי ייצוג משפטי או חוות דעת לטובת מוסדות אחרים, אינו כולל הופעה בבית משפט או בכל פורום אחר לצורך מתן עדות עד מומחה, אינו כולל עלות טיפול בתביעה מול חברת הביטוח או קופת החולים ואינו כולל ייצוג משפטי בבית המשפט או ברשויות השונות.

אופן קבלת השירותים:

1. התקשרות המנוי למוקד השירות שמספרו 073-2291301
2. המנוי יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה הינו זכאי לשירות.
3. השירות יינתן במועד אשר יתואם עם המנוי.
4. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית כל שהיא מטעם המנוי.

מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:
במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש והמהווה כוח עליון.

אחריות
המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו, וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.
כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

5. **יעוץ בזכויות כספיות הנובעות ממחלה או תאונה או סיעוד:**
השירות ניתן על ידי הדרך ה 15 בע"מ או כל נותן שירות אחר שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").
הזכאות לשירות ניתנת: לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

השירותים למנוי:

1. המנוי יהיה זכאי לקבלת שירותי יעוץ לגבי זכויות המגיעות לו מהביטוח הלאומי, קרן פנסיה ו/או משרדי ממשלה, כפועל יוצא ממחלה או תאונה או סיעוד.
2. המנוי יהיה זכאי לקבלת שירותי יעוץ לגבי זכאותו הזמנית או הקבועה הנובעת ממחלה או תאונה, בהיבטים הבאים:
ביטוח לאומי: נכות מעבודה (במקרה של תאונה הנחשבת לתאונת עבודה) נכות כללית - קבלת תגמולי נכות מהביטוח הלאומי.
ביטוח לאומי: זכויות אחרות בביטוח הלאומי, לרבות: מעשי איבה, נכה נזקק, תקנה 15, גמלת שירותים מיוחדים, חוק הסיעוד.
קרן הפנסיה: פנסיית נכות - קבלת תגמולי פנסיית נכות מקרן הפנסיה שלו.
משרד הביטחון: חוק הנכים (תגמולים ושיקום) - קבלת תגמולים מקצין התגמולים במשרד הביטחון.
ניידות: גמלת ניידות - זכאות ממשרד הבריאות.
3. המנוי יהיה זכאי לקבלת יעוץ והערכה מקצועית לגבי הסיכוי לקבלת נקודות זיכוי וההסתברות של המנוי לקבלת החזרי מס או פטור ממס (זמני או קבוע).
4. **השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל כתיבת חוות דעת לצורכי ייצוג משפטי או חוות דעת לטובת מוסדות אחרים, אינו כולל הופעה בבית משפט או בכל פורום אחר לצורך מתן עדות עד מומחה, אינו כולל עלות טיפול בתביעה מול חברת הביטוח או קופת החולים ואינו כולל ייצוג משפטי בבית המשפט או בפני הרשויות השונות לרבות הביטוח הלאומי.**

אופן קבלת השירותים:

1. התקשרות המנוי למוקד השירות שמספרו 073-2291301
2. המנוי יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה הינו זכאי לשירות.
3. השירות יינתן במועד אשר יתואם עם המנוי.
4. השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית כל שהיא מטעם המנוי.

מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:
במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש והמהווה כוח עליון.

אחריות
המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו, וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.
כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

6. שירות סיוע באיתור רופא מומחה בארץ ובחו"ל

השירות ניתן על ידי:	פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").
הזכאות לשירות ניתנת	לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.
השירותים הניתנים:	מנוי הזקוק לשירות כמפורט להלן יהא זכאי לקבל בעת פנייתו למוקד קבלת הסיוע, הכוונה וייעוץ באמצעות הטלפון באיתור שם של רופא מומחה בהתמחויות ובתתי ההתמחויות השונות, בארץ, או בחו"ל. השירות ניתן על ידי הצוות הרפואי בכפוף לשעות פעילות המוקד והוא כולל: תשאול המנוי "אנמנזה" והבנת הבעיה הרפואית שבגינה פנה המנוי למוקד. הצגת 3-4 חלופות לרופאים מומחים בישראל בתחום. הצגת 3 חלופות לרופאים מומחים בתחום מוסדות רפואיים בחו"ל (כולל מידע עדכני אודות ניסיונו המקצועי של הרופא בחו"ל ומוניטין המוסד הרפואי בו עובד) במידה ויבחר המנוי במומחה בישראל או בחו"ל, יינתן סיוע אדמיניסטרטיבי בתיאום תורים. הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה תהא עד שתי פניות לשנה. מובהר בזאת כי השירות הינו שירות מידע בלבד ואין בו כדי להוות התחייבות כלשהי לקביעת תור בארץ ובחו"ל וכן, אין בו כדי להוות תחליף לייעוץ פנים אל פנים עם רופא מומחה.

<p>המבוטח הזכאי לשירות יפנה למוקד המבטח שמספרו : 03-6388400 או *5590, בימים א'-ה' משעה 8:00 עד 20:00 ובימי ו' בין השעות 8:00-14:00, למעט יום כיפור וימי חג. בעת הפניה יזדהה הפונה בשמו, כתובתו, מספר טלפון, מספר פוליסה, שם בעל הפוליסה (בביטוח קבוצתי). נותן השירות יאשר למבוטח טלפונית תוך 2 שעות פעילות את זכאותו לקבלת השירות. נמצא המנוי זכאי לקבלת השירות, יופנה לרופא התורן במוקד או למנהל הרפואי לביצוע תשאול רפואי אודות נשוא הפנייה וההיסטוריה הרפואית (אנמנזה) בכפוף לאנמנזה, יוצעו למנוי שמות רופאים מומחים בישראל או בחו"ל. במידה ויבחר המנוי ברופא ישראלי, נציג שירות מטעם הצוות הרפואי יחזור למנוי בתוך יום עבודה אחד ויציג בפניו לפחות 3 חלופות לרופאים מומחים רלוונטיים לטיפול בבעיה הרפואית נשואת הפניה. כמו כן, זכאי המנוי להסתייע בצוות הרפואי לתיאום תור עם הרופא המומחה. במידה ויבחר המנוי ברופא מומחה בחו"ל, נציג שירות מטעם הצוות הרפואי יחזור למנוי בתוך יום עבודה אחד, (ובלבד שאין מדובר בימי שבתון במדינת מושבו של הרופא המומחה בחו"ל) ויציג בפניו 3 חלופות לרופאים מומחים הרלוונטיים לטיפול בבעיה הרפואית נשואת הפניה. כמו כן, זכאי המנוי להסתייע בצוות הרפואי לתיאום תור עם הרופא המומחה. המידע הנ"ל יימסר למבוטח טלפונית ובכתב.</p>	<p>אופן קבלת השירות</p>
<p>כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו. למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.</p>	<p>תוקף כתב השירות</p>
<p>אירוע הנובע מכח עליון לרבות מצב מלחמה או גיוס כללי, אש, כוחות טבע, שיבושים בתקשורת ו/או נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת מכל סוג, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שאינו ניתן לחיזוי מראש ושאינו המבטח יכול למונעו.</p>	<p>מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירות</p>

<p>מובהר בזאת כי אין בהמלצה, במתן הידע או בקביעת תור/ים ויישומם הניתנים במסגרת השירות, יצירת חבות למבטח או לנותן השירות למימון הייעוץ או הטיפול הרפואי על ידי הרופא המומחה בארץ או בחו"ל. המבטח ונותן השירות לא יהיו אחראיים להמלצה או לאיכות ו/או היקף הייעוץ הרפואי שיינתן בפועל על ידי הרופא המומחה בארץ או בחו"ל.</p> <p>המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.</p> <p>כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.</p>	<p>אחריות המבטח</p>
--	-------------------------

נספח 1

רשימת גבולות אחריות המבטח

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
במסגרת ההסכם – שיפוי מלא. לא בהסכם – שיפוי עד 5,000,000 ₪ בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן. עד 1,000,000 ₪	השתלות בארץ או בחו"ל השתלת לב מלאכותי	3.1	פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים בחו"ל
עד 800,000 ₪	טיפול בחו"ל	3.2	
עד 150,000 ₪	הוצאות רפואיות טרם ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד	3.3.1	
עד 200,000 ₪	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	3.4.1	
עד 200,000 ₪	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	3.4.2	
עד 1,000,000 ₪	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	3.4.3	
עד 25,000 ₪	הוצאות נסיעה לחו"ל – עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח.	3.4.4	
עד 100,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	3.4.5	
עד 50,000 ₪	הוצאות הבאת מומחה	3.4.7	
עד 1,000 ₪ ליום ועד 200,000 ₪	הוצאות לשהייה בחו"ל לאדם	3.4.6	
עד 150,000 ₪	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	3.4.8	
כיסוי מלא	הטסת גופה	3.4.9	
עד 150,000 ₪	הוצאות חיוניות אחרות	3.4.10	
עד 30,000 ₪	מעקב בחו"ל	3.4.11	
עד 350,000 ₪	פיצוי חד פעמי טרם ביצוע ההשתלה	3.6	
עד 350,000 ₪ עד 100,000 ₪	פיצוי לאחר ביצוע השתלה בחו"ל פיצוי לאחר ביצוע השתלה בארץ	3.7	
עד 7,500 ₪ למשך 24 חודשים	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה –לבלב, מח עצם מתורם אחר	3.8.1	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
עד 10,000 ₪	הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	3.9.2	
עד 50,000 ₪	הטסה רפואית	3.9.3	
עד 700 ₪ ליום לאדם	הוצאות שהייה	3.9.4	
עד מיליון וחצי ₪ לשלוש שנים. כיסוי לפי סעיף 29 ג'- עד 100,000 ₪ סכום הביטוח מתחדש בכל שלוש שנים החל ממועד תחילת ההסכם	סכום השיפוי המרבי	3.6	
200 ₪ ליום	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	3.7	פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות
150 ₪ לחודש למקרה ביטוח. בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.	השתתפות עצמית של המבוטח	3.1	
ניתוח בבית חולים שבהסכם – שיפוי מלא. ניתוח בית חולים שלא בהסכם – עלות נותני שירות שבהסכם בחו"ל עם המבטח. מחליף ניתוח – עד 150% עלות נותני שירות שבהסכם בארץ ולא יותר מ-150,000 ₪ עד 60,000 ₪ למקרה ביטוח	ניתוח / מחליף ניתוח בחו"ל	1.2	
	שתל		פרק ג' כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
עד 50,000 ₪	כיסוי להטסה רפואית	1.2.1	
עד 25,000 ₪	כיסוי להוצאות טיסה	1.2.2	
עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 21 ימים	הוצאות שהייה	1.2.2	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
כיסוי מלא	הטסת גופה	1.2.3	
שיפוי עד 100,000 ₪	הבאת מומחה לישראל	1.2.4	
עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 5 ימים	הוצאות שהיה למבוטח לאחר ניתוח	1.2.5	
עד 1,000 ₪ לכל התייעצות. השתתפות עצמית 20%	התייעצות עם רופא מומחה		פרק ד'
עד 1,100 ₪ לכל התייעצות השתתפות עצמית 20%	התייעצויות לפני/אחרי ניתוח	3.1	פרק ה' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, כיסוי מהשקל הראשון
עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח 25% השתתפות עצמית בגין עדשה מולטי פוקאלית המושלת במהלך ניתוח קטרקט	שתל	3.2	
עד 750 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז	שכר אח/ות לאחר ניתוח	3.3	
עד 10,000 ₪	בדיקות אבחון ומעבדה כהכנה לניתוח	3.5	
100,000 ₪	מוות כתוצאה ישירה מניתוח	4.1	
פיצוי בסך של 5000 ₪ לחודש ועד 12 חודשים	אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח	4.2	
70,000 ₪	הפטיטיס B	4.3	
70,000 ₪	הידבקות באיידס	4.3	
200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בסה"כ לכל הטיפולים המפורטים בסעיף, למקרה ביטוח 20% השתתפות עצמית	טיפול שיקום אחרי ניתוח	4.4	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
2000 ₪	פיצוי במקרה של אשפוז ממושך לאחר ניתוח	4.5	
עד 50 ₪ ליום ועד 300 ₪ בסה"כ למקרה ביטוח	שכירת מכשיר טלויזיה	4.6	
עד 700 ₪ ליום לא יותר מ 14 יום השתתפות עצמית של 25%	החלמה לאחר ניתוח גדול	4.7	
עד סכום ביטוח מרבי של 6500 ₪ לשנת ביטוח	כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	3.1	שירותים אמבולטוריים פרק ו'
עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ₪ לשנת ביטוח	הוצאות טיסה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל		
עד 6,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%	בדיקות רפואיות אבחנתיות	3.2	
4500 ₪ לשנת ביטוח	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	3.3	
עד סכום ביטוח מרבי של 3,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	3.4	
100,000 ₪ לכל מקרה ביטוח בגין כל הטיפולים בסה"כ המפורטים בסעיף	טיפולים אונקולוגיים	3.5	בדיקות ושירותים אונקולוגיים
עד 20,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%	בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	3.6	בדיקות ושירותים גנטיים
עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות עצמית של 15%	טיפול ע"י מקרופאגים	3.7	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח השתתפות עצמית 25%	דום נשימה	3.8	שירותי רפואה כלליים
עד 200 ₪ לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק	3.9	
עד 750 ₪ ליום השתתפות עצמית 15% עד 14 ימים לשנת ביטוח	אחות פרטית	3.10	
עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.	טיפול בחדר מלח		
עד 7,000 ₪ לכל תקופת הביטוח 20% השתתפות עצמית	שיקום הליכה וציבה		
400 ₪ ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד עשרה ימי אשפוז	פיצוי כתוצאה מאשפוז שלא לצורך ניתוח.		
עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח עלות החומר והטיפול עצמו	הזרקת חומרי סינוך למפרקים		
עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח	טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים וברקמות הרכות		
עד 300 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות ראיה באשפוז		
עד 2,500 ₪ לכל תקופת הביטוח בהשתתפות עצמית של 20%	אבחון התפתחות הילד	3.17	התפתחות הילד

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק בפוליסה
עד 150 ₪ לטיפול בהשתתפות עצמית של 20% עד 12 טיפולים בסה"כ לכל הטיפולים הנזכרים בסעיף, לכל תקופת הביטוח	טיפול בהתפתחות הילד	3.18	
עד 6,000 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות הריון	3.19	הריון ולידה
עד 2000 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות סיקור גנטי לפני הריון		
עד 5,000 ₪ השתתפות עצמית 20%	בדיקות גנטיות במהלך ההיריון או לאחריו		
עד 4000 ₪ למקרה ביטוח	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין	3.20	
עד 20,000 ₪ לילד השתתפות עצמית 20%	טיפול הפרייה חוץ גופית בארץ או בחו"ל	3.21	
עד 15,000 ₪ לכל סדרת טיפולים ועד שתי סדרות לכל תקופת הביטוח השתתפות עצמית 25%	מימון לטיפול הפרייה חוץ גופית לפונדקאית בארץ או בחו"ל	3.22	
עד 100 ₪ לטיפול חירום, ולאחר השעה 21.00 או בשבתות וחגים – עד 190 ₪ ועד 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח	טיפול חירום בשיניים	3.23	

יובהר כי בפרק אמבולטורי כיסוי לתקופת ביטוח משמעו כיסוי לתקופה של 3 שנים.

נספח 2

נתוני מפוליסה:

סעיף	הכיסוי	תנאי הפוליסה	הערות
2.1	ילד יחשב עד לגיל	25	ילד שלישי ואילך חינם
3.1.1	רובד הבסיס	פרקים א' -ד'	
3.1.2	רובד ההרחבה	פרקים ה' עד ז'.	
4.1	תאריך התחלת הביטוח	<u>01.11.2014</u>	(להלן: "המועד הקובע")
4.1	תאריך סיום הביטוח	<u>31.10.2020</u>	(להלן: "תקופת ההסכם")
6.3	מימון הפרמיה לעובד לרובד הבסיס	על חשבון המעביד	לרבות גילום שווי מס
	מימון הפרמיה לעובד לרובד ההרחבה	על חשבון העובד	ישולם במרוכז על ידי המעביד
	מימון הפרמיה לבני משפחה לרובד הבסיס ולרובד ההרחבה	על חשבון העובד	ישולם במרוכז על ידי המעביד
	הנחה למבוטח שעוזב את הביטוח ועובר לפוליסת פרט	20% הנחה ל 5 שנים	

טבלת הפרמיות:

רובד בסיס

18 שנה	מבוטח בוגר (עובד, בן זוג, ילד מעל גיל 26)
5 שנה	ילד עד גיל 25

רובד הרחבה

משלים שב"ן	שקל ראשון	
16 שנה	20 שנה	ילד
29 שנה	35 שנה	26-29
34 שנה	41 שנה	30-40
44 שנה	54 שנה	41-50
69 שנה	89 שנה	51-60
109 שנה	139 שנה	61-70

נספח להסכם הביטוח הקבוצתי

כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח
בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח
בריאות קבוצתי), התשס"ט - 2009

שם המבוטח/בעלי הפוליסה: _____

ח.פ: _____

כתובת: _____

א. אני הח"מ, נציג בעל הפוליסה ו/או המבוטח, מורשה לחתום בשמו, מצהיר ומתחייב בזאת כי בעל הפוליסה ו/או המבוטח פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה ו/או המבוטח.

במידה ודמי הביטוח ממומנים על ידי המוטב באופן חלקי או מלא:

ב. הנני מצהיר כי אושרה ותועדה הסכמת כל העובדים שיועברו בקובץ המבוטחים, לניכוי גילום המס משכרם עבור ההטבה בגין מימון ביטוח הבריאות ע"י בעל הפוליסה/המבוטח.