

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לחברי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ובני משפחותיהם

אפריל 2023



אפריל 2023

חברים יקרים,

אנו שמחים להודיעכם על הארכת תוכנית ביטוח הבריאות באמצעות איילון חברה לביטוח, עבור חברי הסתדרות הפסיכולוגים ובני משפחותיהם, אשר הצטרפו לביטוח.

בתוכנית הביטוח במתכונתה החדשה בוצעו עדכונים על פי הנחיות המפקח על הביטוח, וכן בוצעו שיפורים בהיקף הכיסוי הביטוחי.

תוכנית הביטוח המוצעת הינה מהטובות והמתקדמות בשוק הביטוח, וכוללת קשת רחבה של שירותים, כיסויים ביטוחים וחופש בחירה בנותני השירותים.

תוכנית הביטוח הינה הרחבה לביטוח המשלים של קופות החולים אין חפיפה ואין כפל כיסויים.

התוכנית מוצעת לכלל חברי הסתדרות הפסיכולוגים ובני משפחותיהם בלבד, במחיר השווה לכל נפש.

**בברכת בריאות שלמה,
מריאל הוברמן, מנכ"לית
הסתדרות הפסיכולוגים בישראל**

תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
אופן הגשת תביעה	4
תמצית פרטי הפוליסה + תיאור הכיסויים על פי תקנות "גילוי נאות"	5
פרק א - הגדרות כלליות בפוליסה	19
פרק ב - חריגים כלליים בפוליסה	25
פרק ג - תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי	27
פרק ד - השתלות וניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל	44
פרק ה - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	49
פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	53
פרק ז - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן (אחידה)	56
פרק ח - ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז שבועו בישראל	60
פרק ט - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות	63
פרק י - ייעוץ, אבחון רפואי ובדיקות	65
פרק יא - טיפולי שיקום ואביזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות ומעקב לאשה בהריון וטיפולי פוריות, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה	69
פרק יב - ליווי רפואי, וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול	73

בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבטוח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה. את הבקשה למחלקת התביעות יש להגיש לפני ביצוע הטיפול המבוקש.

מה לעשות במקרה של תביעה?

לפרטים והצטרפות ניתן לפנות לסוכנות נכונים בטלפון **072-2227357**.

יש אפשרות לפנות גם אל מוקד איילון שירות הלקוחות בטלפון:

1-800-35-2001 או במייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il.

ימים ושעות פעילות: ימים א' עד ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול/טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר למייל mail-briutms@ayalon-ins.co.il לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר למייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il.
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1-800-35-2001 או למייל mokedbriut@ayalon-ins.co.il.

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

תמצית פרטי הפוליסה	
פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לחברי הסתדרות הפסיכולוגים בישראל ובני משפחותיהם	שם הביטוח
השתלות בחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל; תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות; ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל; ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה); ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז; טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות; ייעוץ, אבחון רפואי ובדיקות; טיפולי שיקום ואבזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות ומעקב לאשה בהיריון וטיפול פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה; ליווי רפואי וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול.	סוג הביטוח
<p style="text-align: center;">חבד מלא</p> <ul style="list-style-type: none"> • השתלות וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - פרק ד • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ה • ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ו • ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - פרק ז • ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז - פרק ח • טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות - פרק ט • ייעוץ, אבחון רפואי ובדיקות - פרק י • טיפולי שיקום ואבזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות ומעקב לאשה בהיריון וטיפול פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה - פרק יא • ליווי רפואי וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול - פרק יב 	תיאור הביטוח
5 שנים: החל מתאריך 01.04.2023 ועד תאריך 31.03.2028.	תקופת הביטוח
<p style="text-align: center;">חריגים הכללים - פרק ב</p> <p style="text-align: center;">פרק ד - סעיף 4</p> <p style="text-align: center;">פרק ה - סעיף 5</p> <p style="text-align: center;">פרק ו - סעיף 4</p> <p style="text-align: center;">פרק ז - סעיף 6</p> <p style="text-align: center;">פרק ח - סעיפים: 2.2 (פסקה אחרונה), סעיף 2.3 (פסקה אחרונה), סעיף 2.4 (פסקה אחרונה), סעיפים 2.8.1-2.8.7, 2.9 (פסקה אחרונה), סעיף 2.11 ג (פסקה אחרונה). סעיף 3.</p> <p style="text-align: center;">פרק ט - סעיפים: 4.1.3, 4.2.2.</p> <p style="text-align: center;">פרק י - סעיפים: 3.1.2, 3.2.2, 3.2.5, 3.3.3, 3.4.2, 3.5.5, סעיף 4.</p> <p style="text-align: center;">פרק יא - סעיפים: 3.1.5.2, 3.1.7, 3.2.4, 3.3.10, 3.5.2, 3.5.3, סעיף 4.</p> <p style="text-align: center;">פרק יב - סעיף 5.4.</p>	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
<p style="text-align: center;">פרק ז - 90 ימים, למעט במקרים הקשורים בהריון ולידה - 12 חודשים.</p> <p style="text-align: center;">פרק ט - סעיפים 4.2, 4.3 - 6 חודשים.</p> <p style="text-align: center;">פרקי י - סעיפים: 3.1, 3.2, 3.6 - 6 חודשים. סעיפים: 3.3, 3.5 - 3 חודשים.</p> <p style="text-align: center;">פרק יא - סעיפים: 3.1, 3.4, 3.6 - 6 חודשים. סעיף 3.2 - 12 חודשים. סעיף 3.3 - 9 חודשים.</p> <p style="text-align: center;">פרק יב - 3 חודשים.</p>	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*

*תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח, בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

<p><u>פרק ה - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</u></p> <p>השתתפות עצמית 250 ₪ למרשם בחודש. לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. מעבר ל-2 מרשמים יהיה פטור מהשתתפות עצמית.</p> <p>במקרה שהמבוטח זכאי להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול - יישא המבוטח ביתר עלות התרופה, בתנאי שעלות התרופה לאחר השתתפות השב"ן הינה מעל 250 ש"ח לכל מרשם לכל חודש.</p> <p>תרופה שעלותה יותר מ-1,000 ₪ לחודש או תרופות למחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית.</p> <p>ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן - 20%.</p> <p>קנאביס רפואי - 20% השתתפות עצמית.</p> <p><u>פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</u></p> <p>סעיפים 3.4.5.3, 3.4.5.4 - 20% השתתפות עצמית.</p> <p><u>פרק ח - ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז בישראל</u></p> <p>סעיפים 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11 - 20% השתתפות עצמית;</p> <p><u>פרק ט - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות</u></p> <p>סעיף 4.3 - 20% השתתפות עצמית.</p> <p><u>פרק י - ייעוץ, אבחון רפואי ובדיקות</u></p> <p>20% השתתפות עצמית.</p> <p><u>פרק יא - טיפול שיקום, אביזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות לאשה בהריון וטיפול פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה</u></p> <p>סעיף 3.1, 3.2.1, 3.2.3, 3.3.1, 3.3.2, 3.4, 3.5 - 20% השתתפות עצמית.</p> <p><u>פרק יב - ליווי/טיפול אגב גילוי מחלה קשה/ניתוח גדול</u></p> <p>20% השתתפות עצמית.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>																		
<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים</p>	<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="95 1002 512 1056">פרמיה חודשית בש"ח</th> <th data-bbox="512 1002 840 1056">גיל מבוטח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="95 1056 512 1098">33.14 ₪</td> <td data-bbox="512 1056 840 1098">עד גיל 21 (עד 3 ילדים בלבד)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1098 512 1139">79.53 ₪</td> <td data-bbox="512 1098 840 1139">גיל 22-40</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1139 512 1181">96.10 ₪</td> <td data-bbox="512 1139 840 1181">גיל 41-45</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1181 512 1222">109.36 ₪</td> <td data-bbox="512 1181 840 1222">גיל 46-50</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1222 512 1264">121.51 ₪</td> <td data-bbox="512 1222 840 1264">גיל 51-55</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1264 512 1305">149.12 ₪</td> <td data-bbox="512 1264 840 1305">גיל 56-60</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1305 512 1347">175.64 ₪</td> <td data-bbox="512 1305 840 1347">גיל 61-65</td> </tr> <tr> <td data-bbox="95 1347 512 1388">202.15 ₪</td> <td data-bbox="512 1347 840 1388">גיל 66 ואילך</td> </tr> </tbody> </table> <p>ילד - עד גיל 21.</p>	פרמיה חודשית בש"ח	גיל מבוטח	33.14 ₪	עד גיל 21 (עד 3 ילדים בלבד)	79.53 ₪	גיל 22-40	96.10 ₪	גיל 41-45	109.36 ₪	גיל 46-50	121.51 ₪	גיל 51-55	149.12 ₪	גיל 56-60	175.64 ₪	גיל 61-65	202.15 ₪	גיל 66 ואילך	<p>עלות הביטוח</p>
פרמיה חודשית בש"ח	גיל מבוטח																		
33.14 ₪	עד גיל 21 (עד 3 ילדים בלבד)																		
79.53 ₪	גיל 22-40																		
96.10 ₪	גיל 41-45																		
109.36 ₪	גיל 46-50																		
121.51 ₪	גיל 51-55																		
149.12 ₪	גיל 56-60																		
175.64 ₪	גיל 61-65																		
202.15 ₪	גיל 66 ואילך																		
<p>מדד שפורסם ביום 15.03.2023 - 134261 (נקודות).</p>	<p>מדד הפרמיה</p>																		
<p>פרמיה משתנה לפי גיל, לפי הטבלה שלעיל ו/או לפי התאמת פרמיה.</p>	<p>מבנה הפרמיה</p>																		

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
פרק ד - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל		
השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל סעיף 3.1.1	שיפוי כללי מרבי להשתלה - מסלול 1	בוצעה השתלה אצל נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪.
השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל סעיף 3.1.2	פיצוי חד פעמי בגין מחלה קשה המחייב השתלה - מסלול 2 יובהר כי פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות המפורטות בסעיפים 3.3 ו-3.4 בפוליסה, וכן לא יהיה זכאי לפיצוי כאמור בס' 3.5, אולם יהיה זכאי לקבל פיצוי כאמור בס' 3.5.1 ו-3.5.3.	350,000 ₪.
טיפול מיוחד בחו"ל סעיף 3.2	טיפול מיוחד בחו"ל באמצעות נותן שירות שבהסדר. טיפול מיוחד בחו"ל באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר.	שיפוי מלא. עד 1,200,000 ₪.
הוצאות נלוות סעיף 3.3	<ul style="list-style-type: none"> • שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושלל שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי. • שיפוי בגין הוצאות אשפוז בחו"ל לצורך השתלה - 180 ימים לפני ועד 365 ימים לאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד. • שיפוי בגין הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. • שיפוי בגין הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה במחלקת תיירים עבור השתלה או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין. • שיפוי בגין הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה. • שיפוי בגין הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד בחו"ל. • שיפוי בגין הוצאות מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ. 	שיפוי מלא לכל הסעיפים בחלק זה.
הוצאות רפואיות נלוות סעיף 3.4.1 עד 3.4.9	<ul style="list-style-type: none"> • שיפוי בגין הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פרפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים בחו"ל. 	עד 300,000 ₪.

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>עד 200,000 ₪.</p> <p>עד 100,000 ₪.</p> <p>עד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד או 1,500 ₪ לשני מלווים במקרה מבוסס צעיר מגיל 18 שנים.</p> <p>200,000 ₪.</p> <p>סך ההחזר עבור כלל הטיפולים, עד 150,000 ₪.</p>	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות בגין הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים. שיפוי בגין הוצאות טיפול ובדיקות רפואיות שניתנו למבוטח בחו"ל בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל. שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. שיפוי בגין הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופא של המבוטח כחיובית מבחינת רפואית. שיפוי בגין הוצאות טיפולי המשך בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל. שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד. שיפוי בגין הוצאות טיפולי המשך בישראל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח בוצעו במבוטח מספר השתלות, יחשבו כל ההשתלות כמקרה ביטוח אחד, והכיסוי עבור המשך הטיפול בישראל יסתיים לכל המאוחר 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או ההשתלה האחרונה. 	<p>הוצאות רפואיות נלוות סעיף 3.4.1 עד 3.4.9</p>
<p>סך 4,000 עד למועד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.</p>	<ul style="list-style-type: none"> גמלה בגין אובדן כושר עבודה מלא בהתאם לחוות דעת של רופא תעסוקתי למבוטח אשר אושרה זכאותו לביצוע השתלה. תנאי לתשלום הגמלה כאמור הוא כי המבוטח המציא אישור להיותו רשום במרכז הלאומי להשתלות בישראל. למעט בהשתלת מח עצם. יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף זה. 	<p>גמלה בגין אובדן כושר עבודה מלא לפני ביצוע ההשתלה סעיף 3.5.1</p>
<p>סך 5,500 ₪ למשך 24 חודשים.</p>	<p>גמלה בגין החלמה לאחר השתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית).</p>	<p>תשלום גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה סעיף 3.5.3</p>
<p>סך 350,000 ₪.</p>	<p>פיצוי למבוטח שעבר השתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי עבור ההשתלה בחו"ל ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008.</p>	<p>פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות המבטח סעיף 3.5.4</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
גמלה החלמה לאחר טיפול מיוחד בחו"ל סעיף 3.5.5	<ul style="list-style-type: none"> גמלה בגין החלמה לאחר טיפול מיוחד בחו"ל למבטח שגילו מעל 21 שנים, יקבל גמלת החלמה. גמלה בגין החלמה לאחר טיפול מיוחד בחו"ל למבטח שטרם מלאו לו 21 שנים, יקבל גמלת החלמה בתנאי שהינו מרותק לביתו (על פי ההגדרה בפוליסה בסעיף 3.5.5). 	<p>3,500 ₪ לחודש ועד 6 חודשים.</p> <p>1,750 ₪ לחודש ועד 6 חודשים.</p>
<p>בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה;</p> <p>ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</p>		
פרק ה - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		
תרופות שלא בסל הבריאות סעיף 2	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואשרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח. תרופת יתום. תרופה המוגדרת כ-off label. 	עד 2,000,000 ₪. מתחדש כל שנתיים.
תרופה מיוחדת סעיף 2.1.5	תרופה מיוחדת (עפ"י הגדרתה בסעיף 1.8 פרק ה בפוליסה).	עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה סעיף 3.3	שיפוי בגין הוצאות טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה/ אביזר או השתל לצורך החדרת התרופה.	עד תקרת חבות המבטח.
בדיקה גנטית סעיף 3.4	שיפוי בגין הוצאות בדיקה גנומית להתאמת טיפול תרופתי למחלת הסרטן.	עד 60,000 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
ויטמינים / תוספי מזון סעיף 3.5	שיפוי בגין הוצאות ויטמינים ו/או תוספי מזון הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן. עד 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.	עד 400 ₪ לכל חודש, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפול בקנאביס רפואי סעיף 3.6	שיפוי בגין הוצאות טיפול בקנאביס רפואי על פי המלצה מאת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות, ובלבד שרכישת הקנאביס תבוצע בבתי מרקחת המורשים ע"י משרד הבריאות.	עד 400 ₪ לכל חודש, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. עד 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.
פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל סעיף 1.2-1.3	ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח. שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז רבוע שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז. הטסת גופה, הוצאות טיסה והוצאות יבשתיות לפי הפירוט בסעיפים לעיל.	אצל נותן שירות בהסכם - שיפוי מלא. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד תקרה של 1,250,000 ₪.

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
עד 1,500 ₪. עד 4,000 ₪.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות 2 התייעצויות בשנת ביטוח. שיפוי בגין הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בחו"ל. 	הוצאות רפואיות נלוות סעיפים 3.4.1-3.4.5
עד 100,000 ₪. שיפוי מלא.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית. שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית שתואמה מראש עם המבטח. 	
עד 200,000 ₪.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע ניתוח/הטיפול המיוחד אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לחו"ל. 	
עד 650 ש"ח ליום.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח המורכב. 	
עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או עד 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב, לתקופה מרבית של 30 יום. 	
עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, אשר יבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח בחו"ל. שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - לכל סוגי הטיפולים. 	
עד 750 ₪ ליום בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות החלמה, בבית החלמה או שיקום בישראל המוכר ככזה ע"י נתן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, בעקבות הניתוח/טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל. הזכאות הינה לתקופה רציפה אחת שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בתוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח/טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי. 	
עד 100,000 ₪.	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות עבור בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח. 	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק ז - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי משלים שב"ן (אחידה)		
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן - סעיף 3	<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</p> <ul style="list-style-type: none"> • שכר מנתח; • שכר מרדים; • הוצאות חדר ניתוח; • הוצאות אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח, טיפול מחליף ניתוח; • הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח, טיפול מחליף ניתוח; • שתלים; • תרופות במהלך אשפוז. • התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח, טיפול מחליף ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. 	<p>לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין הוצאות המוכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבטוחים בשירות סדיר אצל נתן שירות בהסכם - ינתן שיפוי מלא.</p> <p>אצל נתן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המירבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטוח.</p> <p>לכל התייעצות עד 1,500 ₪.</p>
<p>לתשומת ליבך, למימוש כיסוי בגין ניתוח, עלייך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p>		
פרק ח - טיפולים אגב ניתוח או אשפוז בישראל		
אחות פרטית בבית חולים לאחר ניתוח <u>סעיף 2.1</u>	שיפוי בגין הוצאות שכר אח/אחות פרטית לאחר ביצוע ניתוח שירותי שמירה וכוח עזר (שלא ע"ב משפחה) בעת שהותו של המבטוח בביה"ח, מיום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.	עד 320 ₪ ליום אשפוז ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפול שיקומי בעת אשפוז <u>סעיף 2.2</u>	שיפוי בגין הוצאות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבטוח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבטוח בבית חולים שיקומי.	עד 320 ₪ לכל יום אשפוז.
סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבטוח בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח <u>סעיף 2.3</u>	שיפוי בגין הוצאות שהייה במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים, של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה של מבטוח שגילו עד 67 שנים, שלצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר אושפז בבית חולים בישראל המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו. החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה. הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח. מובהר כי המבטוח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז המבטוח במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.	עד 500 ₪ ליום ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
הסעה באמבולנס או היסר רפואי <u>סעיף 2.4</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור העברתו של המבטוח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבטוח הנמצא בחו"ל לישראל.	לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח <u>סעיף 2.5</u>	שיפוי בגין הוצאות החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, לתקופה שלא תעלה על 14 ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.	עד 800 ש"ח לכל יום ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפול פיזיותרפי ו/או טיפול שיקום <u>סעיף 2.6</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
התעמלות שיקומית לאחר ניתוח <u>סעיף 2.7</u>	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח. עד 12 חודשים.	עד 300 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
אביזרים רפואיים לאחר ניתוח <u>סעיף 2.8</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור אביזרים רפואיים הנדרשים עקב ביצוע ניתוח, והמבוטח רכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.	עד 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
טיפול בפצעים לאחר ביצוע ניתוח או טיפול בכוויות <u>סעיף 2.9</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול וריפוי חתכים, פצעים צלקות, ומניעת זיהומים, אחרי ביצוע ניתוח, וכן טיפול בכוויות. הכיסוי כולל יעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים לרבות שימוש בתא לחץ, והשתלות עור, לרבות שפוחתו במעבדה, והכל אם אינם מכוסים במסגרת בכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים, ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים שבוצעו למטרת יופי או אסתטיקה.	
חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי <u>סעיף 2.10</u>	עבור חוות דעת שניה שניתנה בעת שהות המבוטח באשפוז, בקשר לאירוע רפואי המפורט בסעיף 2.3, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח. השירות כולל בין היתר גם ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז המבוטח. בכפוף לאשפוזו של המבוטח בבית חולים ציבורי לתקופה העולה על 3 ימים רצופים.	עד 2,000 ₪ לכל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ניתוח <u>סעיף 2.11</u>	שיפוי בגין הוצאות שהייה למבוטח שגילו עד 67 שנים, עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים. א. שירותי אחות פרטית - חבישת פצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה.	עד 5,000 ₪ השירותים המפורטים להלן ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. 350 ש"ח לכל ביקור.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ניתוח המשך סעיף 2.11	<p>ב. שירותי ביקור רופא - ביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכדומה.</p> <p>ג. שירותי טיפול וסיוע תפקודי - מבוטח שטרם מלא לו 67 שנים, ששחרר מאשפוז מבית החולים ונמצא כמי שמרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה מועד שחרורו מבית החולים, שניתנו ע"י מטפלת/ת שאינו בן משפחה של המבוטח, החל מהיום ה-31 ועד לתקופה מרבית של 30 ימים. הזכאות לתגמולי ביטוח מותנית בהגשת דוח הכולל הצהרה חתומה ע"י נותן השירות לגבי מועדי מתן השירות בבית המבוטח.</p>	<p>350 ש"ח לכל ביקור.</p> <p>עד 180 ש"ח ליום.</p>
פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה סעיף 2.12	<p>שיפוי בגין הוצאות אשפוז למבוטח שגילו נמוך מ-67 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של מעל 4 ימים, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר. זכאות לפיצוי עד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.</p>	<p>עד 250 ש"ח לכל יום אשפוז.</p>
פרק ט - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות		
טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות סעיף 4.1	<p>שיפוי בגין הוצאות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח/טיפולים, אבחון, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים, שתלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול, הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול. בכפוף לכל הסייגים והחריגים המפורטים בסעיף.</p>	<p>עד 200,000 ש"ח למקרה ביטוח.</p>
טיפולים בכאב סעיף 4.2	<p>שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול או סדרת טיפולים, להקלה בכאב. בכפוף לכל הסייגים והחריגים המפורטים בסעיף.</p>	<p>עד 20,000 ש"ח לתקופת הביטוח.</p>
טיפול בתא לחץ סעיף 4.3	<p>שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, עד ל-30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח. על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</p>	<p>עד 350 ש"ח לטיפול.</p>
פרק י - ייעוץ, אבחון רפואי ובדיקות		
התייעצות עם רופא מומחה סעיף 3.1	<p>שיפוי בגין הוצאות התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) ובתנאי שהרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח. עד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת, ובכלל זה התייעצויות עם מומחים באופן מקוון. יובהר כי המבטח לא יישא בעלות עבור שירות תיווך, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום לרופא או המרכז הרפואי בלבד.</p>	<p>עד 1,000 ש"ח להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>80% מההוצאה בפועל ולא פחות מ-250 ₪ לכל בדיקה.</p> <p>לא פחות מ-250 ₪ לבדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>80% מההוצאה בפועל ועד 1,000 ₪ להתייעצות.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות עלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</p> <p>יובהר כי המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתיאור, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום לרופא או המרכז הרפואי בלבד.</p> <p>שיפוי בגין הוצאות שירותי בדיקות אבחון באמצעות נותני שירות בהסכם הרבות במסגרת שירות קיצור תורים.</p> <p>שיפוי בגין הוצאות חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.</p>	<p>בדיקות רפואיות אבחנתיות <u>סעיף 3.2</u></p>
<p>170 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>480 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): הכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, בדיקות רפואיות אבחנתיות ראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.</p> <p>שיפוי בגין הוצאות תהליך אבחון מקיף (תוך 7 ימי עבודה): התייעצות עם רופאים מומחה/ים אליהם הופנה המבוטח ע"י הרופא הממייין. בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממייין או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי. פגישת סיכום עם רופא הממייין ומתן המלצות להמשך טיפול.</p> <p>בכפוף לסייגים המפורטים בסעיף הנ"ל.</p>	<p>שירותי אבחון מהיר <u>סעיף 3.3</u></p>
<p>עד 2,400 ₪ לכל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות שירות יעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 3 בפרק י"ב – ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי וניתוח גדול.</p> <p>שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת ייעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.</p>	<p>שירותי רופא מלווה <u>סעיף 3.4</u></p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל <u>סעיף 3.5</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, פעם אחת בכל תקופת הביטוח. התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל. שיפוי בגין הוצאות ייעוץ בחו"ל וטיסה לחו"ל אם נדרש למבוטח עפ"י הנחיית הרופא היועץ בחו"ל כרטיס טיסה במחלקת תיירים רגילה ועד 7 ימי שהות. יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.	עד 7,500 ₪ להתיעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. 80% מההוצאה בפועל ועד 1,000 ₪ ליום שהייה בחו"ל.
בדיקות סקר רפואה מונעת, בדיקות סקר לסרטן למבוטחים מעל גיל 40 <u>סעיף 3.6</u>	שיפוי בגין הוצאות עלות בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים) או בדיקת סקר סרטן. (אחת משתי הבדיקות בלבד) בכל 2 שנות ביטוח. בדיקת סקר רפואי תכלול לכל היותר את הבדיקות הבאות בלבד: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב-א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת PAP SMEAR, בדיקת PSA ובדיקת צפיפות העצם. בדיקת סקר סרטן: בדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים. בכפוף לחריגים המפורטים בסעיף לעיל.	עד 960 ₪ לכל בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
פרק א - טיפולי שיקום ואביזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות ומעקב לאשה בהריון וטיפול פוריות, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה		
התייעצות עם רופא שיקומי <u>סעיף 3.1.1</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול.	עד 1,200 ₪ להתיעצות אחת בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
שיקום דיבור וראייה <u>סעיף 3.1.2</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראייה, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה.	עד 200 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
התעמלות שיקומית <u>סעיף 3.1.3</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו , הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.	עד 300 ₪ לחודש ועד 12 חודשים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום <u>סעיף 3.1.4</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקום אחרים לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, או טיפול בכאב. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.	עד 250 ₪ לטיפול, ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
אביזרים רפואיים <u>סעיף 3.1.5</u>	שיפוי בגין הוצאות רכישת אביזרים רפואיים (לשימוש חיצוני). מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים. מובהר שרכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיתו. בכפוף לכל החריגים המפורטים בסעיף.	עד 500 ₪ בכל פעם ועד 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
מנוי למשדר קרדילוגי <u>סעיף 3.1.6</u>	שיפוי בגין הוצאות דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח. המבטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות. אובחן במבטח הצורך בנייתו לב או השתלת לב. המבטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבטח.	עד 200 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
בעיית הרטבה של ילדים <u>סעיף 3.2.1</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח.	750 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה <u>סעיף 3.2.2</u>	שיפוי בגין הוצאות שירותי אבחון למבטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA. שיפוי בגין הוצאות עבור אבחון נוסף למבטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבטח מטופל תרופתית. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.	עד 1,800 ₪. עד 1,800 ₪.
טיפול בבעיות התפתחות בילדים <u>סעיף 3.2.3</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י רופא ילדים או מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול ע"י מטפל אחר שהוסמך לטפל באמצעות טיפול שיקומי אחר. בכפוף לכל החריגים המפורטים בסעיף.	עד 180 ₪ לטיפול, ועד 25 טיפולים בתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
בדיקות גנטיות טרום הריון סעיף 3.3.1	שיפוי בגין הוצאות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו במבטחים במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבטחים אינם זכאים לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.	עד 1,400 ₪ למבטח/ת ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
בדיקות לנשים במהלך הריון סעיף 3.3.2	שיפוי בגין הוצאות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. שיפוי הוצאות בגין במקרה בו המבטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר.	עד 4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. עד 6,000 ₪ לכל הריון. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
מעקב הריון סעיף 3.3.3	שיפוי בגין הוצאות ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד 2 ביקורים במהלך כל הריון.	עד 600 ₪ לכל ביקור ועד 2 ביקורים לכל הריון.
שמירת הריון באשפוז סעיף 3.3.4	שיפוי בגין הוצאות אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 4 ימים, החל מיום האשפוז ה-5 ולתקופה מירבית ורציפה של עד 60 ימים.	עד 120 ₪ לכל יום אשפוז ועד 60 ימים.
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית סעיף 3.3.5-3.3.10	שיפוי בגין הוצאות טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבטחת שטרם מלאו לה 45 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.	עד 20,000 ₪.
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית - המשך סעיף 3.3.5-3.3.10	<p>כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, בדיקות פולשניות וניתוחים לצורך פריין והפריה, עלות טיפול תרופתי, שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, הזרעה תוך רחמית והחזרת עוברים לגופה של המבטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.</p> <p>יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה גם עבור טיפולי פוריות שבוצעו בגופו או הקשורים במבטח שהינו גבר, כגון השבחת זרע, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.</p> <p>יובהר כי שני בני זוג מבטחים יהיו זכאים יחדיו לסכום ביטוח של 20,000 ₪.</p> <p>אם פונדקאית - יובהר כי הזכאות על פי סעיף 3.3 וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית עקב אי יכולתה של המבטחת להרות מסיבה רפואית בלבד. בכפוף לחריגים המפורטים בסעיף זה.</p>	
ייעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי סעיף 3.4	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
ייעוץ פסיכיאטרי - ייעוץ פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח.	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח.	עד 1,000 ₪ לטיפול ועד 2 פגישות בשנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
טיפולים ברפואה משלימה וייעוץ דיאטטי סעיף 3.5	עבור טיפול וייעוץ ברפואה משלימה מסוג הומאופתיה. עבור טיפול וייעוץ ברפואה משלימה כמפורט להלן: הומיאופתיה, אוקופונקטורה, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, שיאצו, ייעוץ דיאטטי, שיטת פלדנקר׳׳ז, ביו-פידבק, נטורופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר, טווינא, חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור). שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות. בכפוף לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.	עד 240 ₪ לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד. עד 125 ₪ לטיפול או התייעצות ועד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
פרק יב - ליווי רפואי וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול		
ליווי רפואי וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול סעיף 3	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול מתוך רשימה של 32 מחלות/אירועים רפואיים. תגמולי הביטוח ישולמו לפי סוג המחלה / אירוע רפואי לפי המפורט בסעיף 5 בפרק יב. 	50,000 ₪ שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.
	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלת סרטן. 	100,000 ₪
	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם אשר מחייב ניתוח ו/או הקרנות ו/או טיפול כימותרפי. שיפוי בגין הוצאות צינתור טיפולי באמצעות בלון או סטנט. שיפוי בגין הוצאות שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל. 	20% מסכום הביטוח המרבי של 50,000 ₪. עד 20% מסכום הביטוח המרבי של 50,000 ₪. עד 4,800 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה.
פוליסה זו אינה מהווה פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל.**

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפוף לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח – הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר לשימוש חיצוני אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.4 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.5 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מתן טיפול רפואי בהתאמה אישית, ובכלל זה בדיקות גנטיות, אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ל של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').
- יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**
- 1.6 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.7 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או ינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.

- 1.8. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.
- 1.9. **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח בעת הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.10. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.11. **בעל הפוליסה:** הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י)
- 1.12. **גיל המבוטח:** ההפרש בין החודש ושנת תאריך מועד החישוב, לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (על-פי הלוח הגרגוריאני). גיל המבוטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח, או זכויותיו בשנה האחרונה של תקופת הביטוח, ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.
- 1.13. **גמלאי:** (מתייחס למבוטחים באמצעות בעל פוליסה שהינו מעסיק) מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה:
- (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו;
- (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- 1.14. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.15. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח
- 1.16. **מבוטח:** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.17. **המבטח או החברה:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.18. **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.19. **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.20. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח הקיים שהגיע לסיומו ב-31/3/23
- 1.21. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.22. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצויינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.23. **ועדת הליסינג:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם
- 1.24. **חבר:** עמית/חבר אצל בעל הפוליסה שהינו תאגיד עבור חבריו.

- 1.25. **חול"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.26. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.27. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
- 1.28. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
- 1.29. טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. לעניין זה טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לניתוח אותו נועד הטיפול להחליף.
- 1.30. **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, או נוגדי דלקת, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר סוג שהוא, טיפולים פודיאטוריים, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 1.31. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקום. לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" - כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980.
- 1.32. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומימונת המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.33. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.34. **יועץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.35. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק ו/או ילדי אומנה.
- 1.36. **ילד בוגר:** ילדו של חבר שמלאו לו 21 שנה.
- 1.37. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.38. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.
- 1.39. **מדד בסיס:** מדד 12234 שפורסם ב- 15 באפריל 2018
- 1.40. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה החבר אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג חברים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אימו של הקטין אשר חברה אצל בעל הפוליסה.

- 1.41. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.
- 1.42. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
- 1.43. **מנתח אחר:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.44. **מנתח שבהסכם:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבטח.
- 1.45. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.46. **מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה. יובהר כי מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול רפואי מסוים (כגון השתלה או טיפול תרופתי), יקבע על פי הוראה רפואית מתועדת בכתב מאת הרופא של המבוטח, הממליצה כי על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי המסוים.
- 1.47. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשלום לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.48. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.49. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החוזרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אבריים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- הגדרה זו אינה חלה על פרק ז - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.**
- 1.50. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי, וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.51. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.52. **עובד/ת:** עובד אצל בעל הפוליסה שהינו מעסיק.
- 1.53. **עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.54. **פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.55. **צירוף אוטומטי:** צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. במקרה של צירוף אוטומטי

- בתבוסת כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.
- 1.56. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.57. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.58. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.59. **רופא מומחה:** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.60. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה כהגדרתו בסעיף 1.57, המועסק או שהועסק בדרגת סגן מנהל מחלקה או מנהל מחלקה או יחידה, בבית חולים בישראל או רופא הנושא תואר פרופסור בתחום הרלוונטי.
- 1.61. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.62. **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.63. **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתית, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.64. **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת תוקף הביטוח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם, אלא אם כן בוטל עפ"י תנאי פוליסה זו ו/או בהתאם להסכם הביטוח.
- 1.65. **שתל (אביזר מושטל):** כל חומר, אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, לרבות כל אלה אשר הודפסו בתלת מימד או פותחו בתנאי מעבדה, המושטלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. איבר מושטל כהגדרתו בסעיף 1.1 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.
- 1.66. **תאונה:** אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.
- 1.67. **תאריך תחילת ההסכם הביטוח:** 1.4.2023
- 1.68. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:

א. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו המבוטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.

ב. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבוטח.

1.69. **תקרת כיסוי:** הסכום המרבי לתשלום לגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נוספים ו/או פרקים.

1.70. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, הקבועה בכל פרק מפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, **למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה.** תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. **יובהר כי לא תחול תקופת אכשרה לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם באמצעות בעל הפוליסה. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי כיסויי ביטוח דומים במקרה של מעבר מביטוח פרטי או קבוצתי קודם.**

1.71. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחול זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

1.72. **תקופת הצטרפות (או "חלון הזדמנויות"):** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן:

לגבי חבר קיים שלא היה מבוטח בהסדר הביטוח הקודם: תחול תקופת ההצטרפות במועד תחילת ההסכם.

לגבי בן/ת זוג שנישאה/ה לחבר/ה מבוטח: תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכר/ה כידוע/ה בציבור של החבר/ה.

לגבי ילד שנולד: תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחול במועד היוולדו.

1.73. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

1.74. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (תיקון מס' 24) תשע"ו-2016, שנועד לטפל במצב רפואי לרבות טיפול בסמפטומים רפואיים (כולל כאב), שנגרמו עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו.

מובהר כי מזון או תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות המואפסיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב – 2021.

פרק ב - חריגים כלליים

יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1 מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
 - 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח מסוג פשע.
 - 1.3 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
 - 1.4 מקרה הביטוח אירע לפני מועד תחילת תקופת הביטוח או אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות של 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.
 - 1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
 - 1.6 טיפולים דנטליים מכל סוג שהוא.
2. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
3. סייג בשל מצב רפואי קודם
 - 3.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 - ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה בת חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
 - 3.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 4.1 (א) ו (ב), לפי העניין.
 - 3.3 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כלל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם נכון ל-31.3.23 ולא יהיה תקף לגבי חבר ובני משפחתו שהצטרפו לביטוח במהלך תקופת ההצטרפות.
 - 3.4 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק י' ו י"א, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות

האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין, אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

3.5 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.

3.6 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

פרק ג - תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הפוליסה

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח, על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. מהות הביטוח

- ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.
- ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ו'.
- ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן כאמור בפרק ז'.
- ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז בפרק ח'.
- טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות כאמור בפרק ט'.
- יעוץ, אבחון רפואי ובדיקות כאמור בפרק י'.
- טיפולי שיקום ואביזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד,
- בדיקות ומעקב לאשה בהריון וטיפולי פוריות, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, כאמור בפרק י"א.
- ליווי רפואי וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול, כאמור בפרק י"ב.

3. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

- 3.1 לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 3.2 בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי.

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ-1.4.2023 ועד 31.3.2028. הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 4.2 בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו. ככל שמצוין בפוליסה זכאות למכת טיפולים שנתית, אזי בתקופת הארכה המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות באופן יחסי לתקופת הארכה כאמור.
- 4.3 חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.
- 4.4 אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5.1 דמי הביטוח (הפרמיות) החדשיים בש"ח עבור כל מבוטח הינם כדלקמן:

פרמיה חודשית	גיל מבוטח
33.14 ₪	עד גיל 21 (עד 3 ילדים בלבד)
79.53 ₪	גיל 22-40
96.10 ₪	גיל 41-45
109.36 ₪	גיל 46-50
121.51 ₪	גיל 51-55
149.12 ₪	גיל 56-60
175.64 ₪	גיל 61-65
202.15 ₪	גיל 66 ואילך

ילד עד גיל 21

5.2 דמי הביטוח צמודים למדד אפריל, שפורסם ביום 15.3.2023.

דמי הביטוח לכל מבוטח כמפורט לעיל הינם קבועים וסופיים, לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או התאמת פרמיה כמפורט בסעיף 5.3 להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות הפעלת מוקד הרשאות וחויב כרטיסי אשראי של מבוטחים קיימים וחדשים, עלות הוצאות מכירה והפצה, הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה ושליחה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.

אופן התשלום: חבר הסתדרות, בן/בת זוג ובני משפחה - גבייה אישית.

5.3 התאמת פרמיה

5.3.1 לאחר 24 חודשי ביטוח ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים בכל פעם ("מועדי עריכת החשבון"), יהיה רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.

5.3.2 אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, תותאם הפרמיה לכל מבוטח בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח, אך לא יותר מתוספת בשיעור 40% מדמי הביטוח ששולמו במועד עריכת החשבון.

5.3.3 לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתם למדד.

5.3.4 **התאמת פרמיה: פרמיה ברוטו:** הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בתקופת הבדיקה. **הפרמיה לחישוב:** פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות (עמלת מבטח ועמלת סוכן). **תביעות משולמות:** תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה. **תביעות תלויות:** תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. **IBNR:** מסכום התביעות המשולמות + התביעות התלויות. **הוצאות:** עמלת מבטח ועמלת סוכן. **רווח/הפסד:** הפער שבין הפרמיה לחישוב ובין ההוצאות.

5.5 **קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי** המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי,

העלאה של דמי הביטוח, שנושא בתשלומם המבוטח, בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח, או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו. לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

(4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

5.6 על אף האמור בסעיף 5.4, המפקח על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

6. אופן ההצטרפות לביטוח

6.1 צירוף מבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם

כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח נכון ל- 31.3.2023, יצורפו באופן אוטומטי לרובד הבסיסי ולרובדי הרשות כהגדרתם בתנאי הפוליסה, ברצף ביטוחי מלא, בכפוף להודעה שתישלח על פי הוראות סעיף 7(א) ו-5(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 ("התקנות"). הביטוח עבור מבוטחים אלה ייכנס לתוקפו במועד תחילת הסכם הביטוח קרי: ב-1.4.2023.

6.2 צירוף מבוטחים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם "חלון הזדמנויות" לצירוף חברים קיימים ובני משפחתם חברים שלא היו כלולים בהסדר הביטוח הקודם ואשר יגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/ות זוגם וילדיהם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, בתוך 90 ימים ממועד תחילת ממועד תחילת ההסכם ("תקופת הצטרפות"). יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למטת תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.

6.3 צירוף מבוטחים חדשים ובני משפחתם

6.3.1 חברים שהחלה חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם הביטוח, ויגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/ות זוגם וילדיהם, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, הכולל הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב', ויחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל סעיף או פרק לפי העניין.

6.3.2. על אף האמור לעיל, חברים חדשים שהחלה חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם הביטוח, ויגישו בקשת הצטרפות עבורם ועבור בני/ות זוגם וילדיהם, תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד רישומם בפנקס הפסיכולוגים, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב', ולא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.

6.4. צירוף בן/בת זוג שנישא לחבר מבטח

בן/בת זוג אשר ת/ינשא לחבר מבטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין ("תקופת הצטרפות") או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר (בהתאם להצהרת החבר). ההצטרפות לרובד הבסיס ו/או לרובד הרשות, בהתאם לרובדי הביטוח בו מבטח החבר, יהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב', ולא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.

6.5. צירוף תינוק לביטוח

6.5.1. תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ותקופות אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו תחל למפרע במועד היוולדו.

6.5.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי טופס הכולל הצהרת בריאות אשר לאחריה יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.6. צירוף ילד מאומץ או ילד אומנה

6.6.1. ילד מאומץ או ילד אומנה של מבטח, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 90 יום מיום האימוץ/הקבלה לאומנה, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ותקופות אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של החבר על פי חוק.

6.6.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ/אומנה מותנית במילוי טופס הכולל הצהרת בריאות מורחבת ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיה. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.7. תנאי הצטרפות למבטחים שהגישו בקשת הצטרפות בחלוף תקופת הצטרפות

בקשת הצטרפות אשר הוגשה בחלוף 90 ימים ממועד תחילת תקופת הצטרפות המצוינות לעיל, כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. על מבטחים אלה יחולו תקופות אכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

6.8. צירוף בניית זוגם של ילדים מבוטחים ונכדים

ילדו של חבר המבוטח על פי פוליסה זו, זכאי לצרף את בן/ת זוגו וילדיו (נכד/ה החברה) בכפוף לתנאי ההצטרפות הקבועים לעיל, לפי העניין.

6.9. פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.10. רצף ביטוחי - הצטרפות של חבר שהיה מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חברים ובני משפחותיהם שיבקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או בביטוח קבוצתי אצל המבטח או מבטח אחר, ("ביטוח אחר") יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזאת אך ורק לגבי הכיסויים הביטוחיים החופפים בין הביטוח האחר לביטוח על פי פוליסה זו, בלבד. יובהר כי הזכאות להצטרף לביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות מותנית בכך שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי. על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בס' 3 בפרק ב', ולא יחולו תקופות אכשרה לגבי כיסויי ביטוח חופפים.

6.11. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות

6.11.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימים מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

6.11.2. לא השיב המבטח תוך 30 יום כאמור, יצורף המועמד לביטוח ללא כל סייג בשל מצבו הרפואי.

6.12. צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

(א) מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובד ים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, 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.

(ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסויי ביטוחי וסכום ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים; (ב) תרופות; (ג) השתלות; (ד) מחלות קשות; (ה) שיניים; (ו) תאונות אישיות.

(ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

6.13. קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

(א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיו שווים לכל מבוטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.

(ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בעל העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו;

לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

(4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

(ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

6.14. מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח, וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח.

(א1) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין –

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

(ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

(1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;

- (2) סכום הביטוח שרכש מבטוח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;
- (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבטוח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבטוח;
- (4) תוספת חיתומית לגבי מבטוח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;
- (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- (6) פרטים נוספים שיוורה עליהם המפקח.
- (ג) חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.
- (ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

6.15. מתן הודעות למבטוח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4 (ב)2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטוח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(1) חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטוח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבטוח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטוח ובין אם אצל מבטוח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להחנה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(3) פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבטוח לפי הפוליסה הקבוצתית.

(ב) חלה על מבטוח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב

בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

6.16. חובת גילוי

6.16.1 הצגה החברה למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – עניין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה בניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.

6.16.2 הסתרה בכוננת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

6.16.3 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם המבוטח פעל בכוננת מרמה.

6.16.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלה, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח לבין, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

6.16.4.1 התשובה ניתנה בכוננת מרמה.

6.16.4.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.

6.16.5 החברה לא תהיה זכאית לתרופות המפורטות בסעיף 6.16.3 ו- 6.16.4 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוננת מרמה:

6.16.5.1 היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

6.16.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.

6.16.6 בנוסף לא תהיה החברה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבוטח פעל בכוננת מרמה.

6.17 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

6.17.1 שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה, בתוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, תשלח החברה החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח,

- 6.17.2 ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיוסי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית.
- אם תוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלחה החברה הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.
- 6.17.3 אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיוסי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.
- 6.17.4 מובהר כי סעיף 6.17.3 זה לא יחול על מבטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

7. תביעות

- 7.1 הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח**
- קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.
- 7.2 בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח**
- (א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.
- (ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.
- 7.3 הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**
- (א) לא קוימה חובה לפי סעיף 7.1 או לפי סעיף 8.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- (1) החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;
- (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- (ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 7.4 מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, והאם ניתן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.**
- 7.5 יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, הוצאות רפואיות מיוחדות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, ותרופות שלא בסל הבריאות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.**

- 7.6. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 7.5 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.
- 7.7. למרות האמור בס' 7.5 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו עפ"י פוליסה זו, ובסכום חבות המבטח אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.
- 7.8. יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או מטפל, ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.
- 7.9. תגמולי ביטוח למבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם**
- חבות המבטח הינה לתשלום תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת ביטוח זו, לפי העניין. למרות האמור, המבטח ישלם תגמולי ביטוח בגין כל טיפול רפואי הכלול במסגרת הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו, בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח הקודמת, והיה כלול ברשימת השירותים הרפואיים בפוליסה הקודמת, בכפוף לכל התנאים שלהלן במצטבר:
- 7.9.1. המבטח הקודם דחה את תביעתו של המבוטח לקבלת הטיפול הרפואי בשל הגדרת מקרה ביטוח השונה מההגדרה המצוינת בפוליסה זו, או בשל טענה שתמה חבותו עקב סיום תקופת הביטוח, או אם המבטח הקודם מעכב את האישור לקבלת הטיפול ונבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול במועדו. סעיף זה יגבר על האמור בפרק ב': חריגים כלליים סעיף 1.4.
- 7.9.2. הטיפול הרפואי ניתן למבוטח במהלך תקופת ביטוח זו, לרבות לגבי טיפול מתמשך או סדרת טיפולים שהחלה בתקופת הביטוח הקודם (כגון טיפול תרופתי).
- 7.9.3. המבטח ישלם למבוטח בהתאם להיקף הכיסוי והסכומים הנקובים בפוליסה זו.
- 7.9.4. המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח על פי הפוליסה הקודמת.
- 7.10. זמני טיפול בתביעה**
- 7.10.1. המבוטח יגיש את מסמכי התביעה באמצעות הדואר, פקס, דואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון אישי מקוון.
- 7.10.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS או מייל המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.
- 7.10.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.
- 7.10.4. אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח למבוטח בשיחה טלפונית ובנוסף גם במייל מתועד, יעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.
- 7.10.5. המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

7.10.6. לא טופלה התביעה תוך פרק הזמן הקבוע בס' 8.10.5, יהיה זכאי המבוטח לפנות ליועץ הביטוח, וזה יהיה מוסמך לאשר או לדחות את התביעה עפ"י המידע והמסמכים שהגיש המבוטח.

7.10.7. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח תוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו.

7.11. סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השירות הרפואי

מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים, לרבות לגבי נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.

8. תגמולי ביטוח

8.1. מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תוכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.

8.2. תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה ע"י המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

8.2.1. התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

8.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח,

ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח, לפי העניין.

8.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7

ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

8.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי

לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

8.2.2. השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

8.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם

המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותן השירות, או לשלם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי.

8.2.2.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור/ העתק),

הפרטים והמסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לברור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או איזור אישי.

8.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר,

ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו

של המבוטח למצות בכל עת בבית המשפט את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה.

8.3. אם שולמו למבוטח מלוא תגמולי הביטוח עפ"י סעיף או פרק מסוים בפוליסה זו, בשל מיצוי מכסות הטיפולים הקבועות בו, או מיצוי תקרת ההחזר, ימשיך המבוטח לשלם את מלוא דמי הביטוח, אולם לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי אותו סעיף או פרק.

8.4. טיפולים רפואיים בחו"ל

תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

8.5. פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, לשאריו של המבוטח.

8.6. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק, לפי העניין.

8.7. זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

הזכויות עפ"י תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

9. ערעור על החלטת המבטח

9.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות ליועץ הביטוח.

9.2. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

9.3. החלטתו של יועץ הביטוח תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

9.4. יועץ הביטוח ידון בפניה שהוגשה אליו לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מהיום בו הוגשה אליו הפניה.

9.5. רופא אמון

9.5.1. במקרה שבו מתגלעת מחלוקת רפואית, בסמכות יועץ הביטוח למנות רופא מומחה בתחום לו נוגעת המחלוקת (להלן בסעיף זה: "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

9.5.2. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות המבוטח והמבטח, ולאחר מכן יכריע בתביעה.

9.5.3. החלטתו של המומחה תחייב את המבטח.

9.6. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

10. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

10.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבראות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח,

- ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 10.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 10.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.
- 10.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

11. כפל ביטוח - בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

- 11.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 11.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

12. הצמדה

- 12.1. כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית, ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.
- 12.2. חישוב הצמדה יעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.
- 12.3. מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

13. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

- 13.1. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הביטוח הקבוצתי במהלך תקופת הביטוח. למרות האמור המבטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח.
- 13.2. ביטול הפוליסה למבוטח מסוים מותנה בכך שהמבטח יודיע לבעל הפוליסה, ויקבל מראש את אישורו לביטול.
- 13.3. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלקם, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי הביטוח עבורו יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 13.4. מבלי לגרוע מכל סעד או זכות אחרת העומדים למבטח על פי כל דין, במקרה של אי תשלום פרמיה ע"י מבוטח, המבטח יהיה זכאי לעכב כל תשלום ו/או טיפול במבוטח.
- 13.5. למרות האמור, הצהרה בכתב של בעל הפוליסה לפיה אי תשלום דמי ביטוח בגין מבוטח ו/או קבוצת מבוטחים מקורו בטעות שבתום לב, תאפשר תשלום רטרואקטיבי של דמי הביטוח ותמנע ביטול הביטוח.

14. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

15. ביטול הפוליסה ע"י המבטח

- 15.1. המבטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 15.2. יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי החבר לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.
- 15.3. יובהר למעלה מכל ספק כי **בנסיבות בהן המבטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי המשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בס' 19 להלן.**

16. ביטול הפוליסה לגבי מבטח מסוים - בהתאם לס' 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

- 16.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 4(ב) לתקנות, והודיע המבטח בכתב למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 16.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בס' 4 לתקנות או בס' 5(ב) לתקנות, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בס' 4(ב)(2) לתקנות. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.
- 16.3. על אף האמור בס' 9(ב) לתקנות, פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטח.

17. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 17.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
 - 17.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
 - 17.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

17.1.3. לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

17.1.4. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כ"א, על סמך הודעה בכתב של המבוטח, על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.

17.1.5. מות המבוטח.

17.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 18.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

18. המשכיות

18.1. סיום ההסכם או ביטול

18.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש לכלל המבוטחים או לחלק מהם, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח יהיו רשאים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

18.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 20% לתקופה של 3 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

18.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

18.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זאת, ואשר מוצעים באותה עת ע"י המבטח לכלל האוכלוסייה. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

18.1.5. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

18.1.6. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

18.2. המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו/עבודתו אצל בעל הפוליסה

18.2.1. מבוטח שסיים את חברותו/עבודתו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

18.2.2. דמי הביטוח בפוליסה הפרטית יהיו בהנחה בשיעור של 20% לתקופה של 3 שנים מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל תקופת הביטוח. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

18.2.3. עם היוודע למבטח על סיום חברותו/עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כסויים דומים או פחותים.

18.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום חברותו/העסקתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.

18.2.5. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

18.2.6. המשכיות הביטוח במקרה של גירושין

18.2.7. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושים, יהיה זכאי הגרושה/לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא, עפ"י התנאים המצויינים בס' 18.1 לעיל.

18.3. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת חבר

מובהר כי שאירוי של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, עד תום תקופת ההסכם, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים. בתום תקופת ההסכם יוכלו שאירי החבר לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא, עפ"י התנאים המצויינים בס' 18.1 לעיל.

18.4. יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצויינים לעיל.

18.5. זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

עובד שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, ככפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

19. שינויים בפוליסה

19.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת ההסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

19.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את ההסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום ההסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבוטחים עד סוף תקופת הביטוח.

19.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5 (ב), וסעיף 7(א) לתקנות, לפי העניין.

20. אחריות המבטח לגבי טיפולים המבוצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל:

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח,

אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בהתאם לתנאים והסייגים הקבועים בכל פרק, לפי העניין, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה טרם יציאתו של המבוטח לחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף טיפול רפואי המכוסה במסגרת ביטוח נסיעות לחו"ל.

21. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

22. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

23. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום, או ע"י עדכון הכתובת באזור האישי באתר המבטח. הודעה שישלח המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

24. מקום שיפוט

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

25. פרשנות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבובות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

1.	הגדרות
1.1	השתלה
1.1.1	<p>כריתה או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), והשתלה או הוספה של איבר שלם או חלק מאיבר במקומם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי (איבר מכאני- לא חי), ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.</p>
1.1.2	<p>השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.</p>
1.2	<p>"טיפול מיוחד בחו"ל" - כל טיפול רפואי, לרבות ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:</p>
1.2.1	<p>הטיפול הרפואי חיוני להצלת חיי המבוטח, ואי ביצועו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח.</p>
1.2.2	<p>הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.</p>
1.2.3	<p>מניעת הטיפול הרפואי עלולה לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי, או לפגיעה קשה בתפקוד היומיומי של המבוטח.</p>
1.2.4	<p>הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.</p>
1.2.5	<p>על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.</p>
1.2.6	<p>הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.</p>
1.2.7	<p>טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.</p>
1.2.8	<p>לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח. על פי הניסיון שנצבר במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח, נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.</p>
1.3	<p>"רופא מומחה בישראל" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.</p>

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל. לעניין סעיף זה, מצבו הרפואי המחייב השתלה או טיפול רפואי מיוחד: הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, לפי העניין. לעניין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1 הכיסוי הביטוחי במקרה של השתלה:

המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים המפורטים בס' 3.1.1 או ס' 3.1.2. **יובהר למעלה מכל ספק כי המבוטח לא יוכל לקבל שיפוי/פיצוי בגין 2 המסלולים גם יחד.**

3.1.1 מסלול שיפוי:**א. ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח**

במקרה של ביצוע ההשתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיפים 3.3-3.5 להלן, ובכפוף לתקרות הקבועות בסעיף 3.4 להלן, אם נקבעו.

ב. ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח

במקרה של ביצוע ההשתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 5,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיפים 3.3-3.5 להלן, ולתקרות הקבועות בהם, אם נקבעו.

3.1.2 מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה

במסלול חלופי זה המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1. יובהר כי פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות המפורטות בסעיפים 3.3 ו-3.4 בפוליסה, וכן לא יהיה זכאי לפיצוי כאמור בס' 3.5, אולם יהיה זכאי לקבל פיצוי כאמור בס' 3.5.1 ו-3.5.3.

3.2 הכיסוי הביטוחי במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:

3.2.1 אם הטיפול המיוחד בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת.

3.2.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.2.3 תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל

המבטח יישא בעלות עבור השירותים הרפואיים הקבועים בסעיף 3.3 ו-3.4, ועד הסכומים הקבועים בסעיף 3.4 לפי העניין. לעניין סעיף זה בכל מקום המופיע המילה "השתלה" יבוא "טיפול מיוחד בחו"ל". כמו כן יהיה זכאי המבוטח לפיצוי כמפורט בס' 3.5.5.

3.3 עבור ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף להוראות ס' 3.1-3.2:

3.3.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

- 3.3.2 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.3.3 הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל במחלקת תיירים עבור השתלה או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.
- 3.3.4 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.
- 3.3.5 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.3.6 הוצאות בגין מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
- 3.4 עבור ההוצאות המפורטות להלן - שיפוי בהתאם לתקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף להוראות ס' 3.1-3.2:**
- 3.4.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים בחו"ל - עד 300,000 ₪.
- 3.4.2 הוצאות בגין הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל לרבות טיסות הלוך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ש"ח.
- 3.4.3 המבטח יישא במלוא ההוצאות עבור טיפול ובדיקות רפואיות שניתנו למבוטח בחו"ל בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.4 המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הסטה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. הסטה רפואית משמעה - הסטה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההסטה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית. בנוסף, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.
- 3.4.5 המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופא או של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 1,000 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,500 ₪ לכל יום.

3.4.6 המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות המרבית של המבטח להשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין.

3.4.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בסך 200,000 ₪.

3.4.8 המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח בוצעו במבוטח מספר השתלות, יחשבו כל ההשתלות כמקרה ביטוח אחד, והכיסוי עבור המשך הטיפול בישראל יסתיים לכל המאוחר 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או ההשתלה האחרונה, וסה"כ ההחזר עבור כלל המשך הטיפולים בישראל לא יעלה על סך של 150,000 ₪.

3.4.9 בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

3.5 עבור הוצאות המפורטות להלן - פיצוי בהתאם לסכומים המופיעים לצידן, ובכפוף להוראות ס' 3.1-3.2:

3.5.1 מבוטח אשר אושרה זכאותו לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, ובהתאם לחו"ד של רופא תעסוקתי אינו מסוגל לעבוד באופן מלא בכל עבודה שהיא, יהיה זכאי לקבל תשלום גמלה בסך 4,000 ₪ עד למועד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים. תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל. למעט בהשתלת מח עצם.

3.5.2 יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף זה.

3.5.3 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.

3.5.4 השתלה שבוצעה בחו"ל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.

3.5.5 מבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כדלקמן:

מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 6 חודשים מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 6 חודשים. ובתנאי שהנו מרותק לביתו:

לעניין זה "ריתוק לבית": מבוטח יחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח (להלן: מרותק לביתו). גמלת החלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2 לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 4.3 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 4.4 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.5 השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם. לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 4.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
- 4.7 טיפולי רפואה משלימה.
- 4.8 טיפולים נפשיים.
- 4.9 ביחס לטיפולים מיוחדים בחו"ל -
- 4.9.1 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.9.2 טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 4.9.3 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק ה - תרופות שלא בסל הבריאות

הגדרות	1.
	1.1
"בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.	
"טיפול תרופתי" - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.	1.2
"מדיניות מוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).	1.3
"מרשם" - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.	1.4
"סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחוייבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחוייבות שבמסגרת תוכנית השב"ן.	1.5
"רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.	1.6
"תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה.	1.7
"תרופה מיוחדת" - טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:	1.8
1.8.1 תרופה שאינה רשומה בספר התרופות ושאושרה לייבוא אישי כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד מכוח תקנה 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו - 1986	
1.8.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.	
1.8.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור מעדיף ("Fast Track Designation"), במסלול אישור מהיר ("Priority Review"), במסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).	
1.8.4 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.	
1.8.5 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.	

- 1.9 **"תרופה ניסיונית"** - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:
- 1.9.1 תרופה שלא אושרה על ידי רשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לשימוש כלשהו.
- 1.9.2 תרופה שאושרה לשימוש כלשהו על ידי רשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך בקריטריונים רפואיים מקובלים ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.10 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני**
- 1.11 **"תרופה Off Label"** - תרופה, שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
- א. פרסומי ה-FDA.
- ב. American Hospital Formulary Service Drug Information.
- ג. US Pharmacopoeia - Drug Information.
- ד. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
- (1) עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- (2) חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.
- (3) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.
- ה. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- (1) NCCN.
- (2) ASCO.
- (3) NICE.
- (4) Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:
- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב אותו לראשונה על פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
- 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.1.2 כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מסופקת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, **ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות באחד מהמדינות המוכרות.**
- 2.1.3 תרופה OFF LABEL.
- 2.1.4 תרופת יתום אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה או הוכרה כתרופת יתום על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או באחת או

יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, **למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.**

2.1.5 תרופה מיוחדת.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך לראשונה, **על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח**, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת בהתאם לפרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארה"ב.

3. הכיסוי הביטוחי

המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.4 - עד 2,000,000 ₪ לתקופה של שנתיים. עם תום השנתיים, סכום זה יתחדש בגין כלל המבוטחים לתקופה של שנתיים נוספות.

3.2 בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ש"ח

3.3 המבטח יישא במלוא ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ו/או האביזר או השתל לצורך החדרת התרופה, ועד תקרת חבות המבטח, לפי העניין.

3.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בס' 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 60,000 ש"ח עבור כל מקרה ביטוח.

3.5 ויטימים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון וויטימים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

3.6 טיפול בקנאביס רפואי

המבטח יישא בשיעור 80% מעלות רכישת קנאביס רפואי, בתפוח או בשמן, ועד 400 ש"ח לכל חודש ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

לענין סעיף זה "קנאביס רפואי" - לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח או בסימפטומים הנובעים ממצבו הרפואי, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות, ובלבד שרכישת הקנאביס תבוצע בבתי מרקחת המורשים ע"י משרד הבריאות.

4. השתתפות עצמית

4.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם לכל חודש. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

4.2 למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ובתנאי שעלות התרופה למבוטח, לאחר השתתפות השב"ן, הינה מעל 250 ₪ לכל מרשם לכל חודש.

4.3 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 1000 ₪, המבוטח יהיה פטור - מתשלום השתתפות עצמית.

4.4 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 5.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
 - 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות בעלת אופי צבאי.
 - 5.5 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 5.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
 - 5.7 תרופה ניסיונית.
 - 5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.
 - 5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging. על אף האמור, יכוסו ויטמינים או תוספי מזון או קנאביס רפואי כמפורט בסעיפים 3.5 ו-3.6 לעיל, לפי העניין.

פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1.	הגדרות
1.1	" התייעצות " - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
1.2	"ניתוח/טיפול מחליף ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.
1.3	" רופא מומחה " - רופא בעל התמחות בתחום הרלוונטי ואשר מורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
1.4	" רופא מומחה בישראל " - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

2. **מקרה הביטוח**

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח נקבע בישראל ע"י רופא מומחה, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישולל מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. **כיסוי ביטוח**

- 3.1 עבור ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.3, ושיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.4.
- 3.2 עבור ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.3, ושיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בס' 3.4, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 1,250,000 ש"ח.
- 3.3 הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף להוראות ס' 3.1-3.2:
 - 3.3.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח /טיפול מחליף הניתוח בחו"ל.
 - 3.3.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח /הטיפול מחליף הניתוח בחו"ל, ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 יום, כולל אשפוז טרום ניתוח/טיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח/טיפול מחליף ניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
 - 3.3.3 עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך הניתוח/טיפול מחליף ניתוח.
 - 3.3.4 הוצאות טיסה עבור ניתוח/טיפול מחליף ניתוח מורכב
 - א. הוצאות טיסה - כיסוי מלא עבור טיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה. במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא עבור טיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים.
 - ב. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.

- 3.4 הוצאות שעלותן תכוסה עד לסכום הכיסוי המפורט לציין, בכפוף להוראות ס' 3.1 ו-3.2:
- 3.4.1 המבטח יישא בעלות 2 התייעצויות בקשר לניתוח/טיפול המיוחד בחו"ל, עד 1,500 ₪ לכל התייעצות.
- 3.4.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה בחו"ל - עד 4,000 ש"ח.
- 3.4.3 הוצאות הסטה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ש"ח. אם תואמה ההסטה הרפואית המיוחדת על ידי המבטח - כיסוי מלא.
- 3.4.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח/טיפול מחליף ניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבטח לחו"ל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ש"ח.
- 3.4.5 הוצאות נוספות בגין ניתוח/טיפול מחליף ניתוח:**
- 3.4.5.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ש"ח ליום.
- 3.4.5.2 הוצאות שהיה בחו"ל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ש"ח ליום למבטח ולמלווה אחד או במקרה בו המבטח הינו קטין עד 1,500 ש"ח ליום למבטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום.
- 3.4.5.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, אשר יבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח בחו"ל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 250 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבטח נושא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הטיפול.
- 3.4.5.4 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה, בבית החלמה או שיקום בישראל המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או שרות רפואית מוסמכת, בעקבות הניתוח/טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל, ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים. הזכאות הינה לתקופה רציפה אחת שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בתוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח/טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.
- 3.4.5.5 הוצאות עבור בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח ובהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪.

4. חריגים

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:**
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.3 לא יכוסו ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עקב השתתפות פעילה של מבטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבטח על פי פרק זה מכוסה

- במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.4 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.5 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 5.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 5.9 טיפולי רפואה משלימה.
- 5.10 טיפולים נפשיים.
- 5.11 השתלת איברים בישראל או בחו"ל, או טיפולים מיוחדים בחו"ל להגדרתם בפרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 5.12 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר, או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם. לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" להגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

פרק ז - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן

זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח עפ"י "מסלול משלים שב"ן" מותנית במיציאו זכאותו במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, כמפורט להלן. המבוטח יפנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר וימצה את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן. לאחר מכן, ומוקדם ככל האפשר, יעביר המבוטח את אישור הזכאות הכתוב שקיבל מהשב"ן למבטח.

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח בטרם ביצע הניתוח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 7 בפרק ג' - תנאים כלליים.

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **בית חולים פרטי: אחד מאלה:**
בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות:** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 **הסדר ניתוח:** הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.4 **הסדר התייעצות:** הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, יומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.5 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.6 **מרפאה כירורגית פרטית:** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.7 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
- 1.8 **קופת חולים:** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;
- 1.9 **רופא מומחה:** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.10 **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

1.11 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שציננה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי

פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:

3.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח;** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביה; אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.

3.2 **שכר מנתח;**

3.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

3.4 **טיפול מחליף ניתוח;** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח, בכתובת: WWW.AYALON-INS.CO.IL

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 7 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4. תגמולי ביטוח

4.1 בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל. תגמולי הביטוח בתוכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתוכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים) כמפורט בסעיפים 4.3 ו 4.4 להלן, לפי העניין.

4.2 קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

4.2.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ולרבות במקרה שבו נותן השירות אינו בהסדר עם השב"ן בו חבר, או במקרה שהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח לרבות הטכנולוגיה שבאמצעותה הם מבוצעים אינה כלולה בסל השירותים של השב"ן בה חבר המבוטח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות), כמפורט בסעיפים 4.3 ו 4.4 להלן, לפי העניין.

- 4.2.2. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור, ביטול השב"ן או שאינו חבר כלל בשב"ן), ישולם לנותן השירות או למבטח, לפי העניין, אך ורק את סך ההשתתפות העצמית אותה היה נדרש לשלם החבר אילו היה זכאי לכיסוי במסגרת תכנית השב"ן הבסיסית הנהוגה באותה עת בקופת החולים בה הוא חבר כמפורט בסעיפים 4.3 ו-4.4 להלן.
- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח**
 אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח**
 אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח או הטיפול מחליף ניתוח.
- 4.5. אם המבטח הינו ח"ל בשירות סדיר יהיה המבטח פטור מתשלום השתתפות עצמית.
- 4.6. יובהר כי תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי) בלבד.**

5. תקופת אכשרה

- 5.1. תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
- 5.2. לגבי הריון או לידה תהיה תקופת האכשרה בת 12 חודשים.

6. חריגים לכיסוי

- פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:**
- 6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;
- 6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול, שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.3.2. ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

- 6.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות בעלת אופי צבאי;
- 6.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7. הצטרפות ל"ביטוח ניתוחים מ"שקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

- 7.1. מבוטח שהצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" עפ"י פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברתו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברתו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון כאמור בפרק ט(2), במסגרת פוליסה פרטית. ההצטרפות לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה ברצף ביטוחי מלא, ותיכנס לתוקפה בדיעבד ממועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
- 7.2. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, ברצף ביטוחי מלא, מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן.
- 7.3. בקשת הצטרפות לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כרוכה במילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח.
- 7.4. דמי הביטוח החדושיים עבור פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יהיו על פי התעריף המוצע לכלל האוכלוסייה ע"י המבטח, בהתאם למגדר וגיל המבוטח במועד הרכישה.

מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה על פי התנאים הקבועים בפרק זה, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פרק זה.

פרק ח - ליווי רפואי וטיפולים אגב ניתוח או אשפוז שבוצעו בישראל

בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין טיפולים רפואיים וליווי רפואי, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים שבפרק ב'.

1. מקרה הביטוח

שירות או טיפול רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר ביצוע בישראל של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או אשפוז בבית חולים, במהלך תקופת הביטוח.

2. הכיסוי הביטוחי

2.1 שכר אח/אחות פרטית בבית חולים לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכו' עזר (שלא ע"י בן משפחה) בעת שהותו של המבוטח בבית"ח, עד 320 ₪ לכל יום אשפוז, מיום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2 טיפול שיקומי בעת אשפוז

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז של המבוטח בבית חולים שיקומי.

2.3 סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח

מבוטח שגילו עד 67 שנים, שלצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר אושפז בבית חולים בישראל המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 500 ₪ ליום עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 יום לכל תקופת אשפוז רציפה.

הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז המבוטח במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.

2.4 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.

2.5 החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבוטח בהוצאות החלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 800 ₪"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

- 2.6 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח**
 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 250 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים. **הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.**
- 2.7 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח**
 המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 300 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.
- 2.8 אביזרים רפואיים לאחר ניתוח**
 המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור אביזרים רפואיים הנדרשים עקב ביצוע ניתוח, והמבטח רכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח, ועד לסך מצטבר של 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. **רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.**
על פי סעיף זה לא יכוסו:
- 2.8.1 אביזרים הקשורים לטיפולי שיניים.**
- 2.8.2 אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, טלפון סלולרי ו/או שעון חכם מכל סוג שהוא.**
- 2.8.3 עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.**
- 2.8.4 משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.**
- 2.8.5 נעליים ארטופדיות, למעט נעליים ארטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.**
- 2.8.6 מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה.**
- 2.8.7 מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות מכל סוג שהוא.**
- 2.9 טיפול בפצעים לאחר ביצוע ניתוח או טיפול בכוויות**
 המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפול וריפוי חתכים, פצעים צלקות, ומניעת זיהומים, אחרי ביצוע ניתוח, וכן טיפול בכוויות. הכיסוי כולל יעוץ רפואי, הטריית פצעים וכוויות, חבישות, עלות שימוש במכשירים לרבות שימוש בתא לחץ, והשתלות עור, לרבות שפיתחו במעבדה, והכל אם אינם מכוסים במסגרת בכיסוי הביטוחי בפרק הניתוחים, ועלות החומרים והתרופות לצורך ריפוי פצעים, חתכים או כוויות.
- יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים הנדרשים עקב ניתוחים שבוצעו למטרת יופי או אסתטיקה.**
- 2.10 חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבטח בבית חולים ציבורי**
 2.10.1 המבטח ישתתף בשיעור של 80% ועד 2,500 ₪ לכל מקרה ביטוח, בעלות עבור חוות דעת שניה שניתנה בעת שהות המבטח באשפוז, בקשר לאירוע רפואי המפורט בסעיף 2.3, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבטח. השירות כולל בין היתר גם ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז המבטח.

2.10.2 תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה הוא כי המבוטח מאושפז בבית חולים ציבורי לתקופה העולה על 3 ימים רצופים.

2.11 שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח להשתתפות המבטח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,000 ש"ח עבור השירותים המצוינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

לעניין זה "ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח. (להלן: מרותק לביתו).

א. שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול וחבישת פצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירו, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה, עד 350 ש"ח לכל ביקור.

ב. שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכו' עד 350 ש"ח לכל ביקור.

ג. שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, ששוחרר מאשפוז מבית החולים ונמצא כמי שמרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה מועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח עד 180 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפלות שאינן משפחה של המבוטח, החל מהיום 31 ועד לתקופה מרבית בת 60 ימים.

הזכאות לתגמולי ביטוח מותנית בהגשת דו"ח הכולל הצהרה חתומה ע"י נותן השירות לגבי מועדי מתן השירות בבית המבוטח.

2.12 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)

מבוטח שגילו נמוך מ-67 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של מעל 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

3. תנאי לחבות המבטח עפ"י פרק זה

3.1 הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לגבי הטיפולים המצוינים לעיל, והם בלבד, שניתנו למבוטח במהלך האשפוז או לאחר השחרור מבית חולים או המרפאה הכירורגית בישראל, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, (להלן "תקופת הזכאות").

3.2 בניסבות בהן יבוצע ניתוח חוזר עקב אותה בעיה רפואית, תסתיים תקופת הזכאות במועד ביצוע הניתוח החוזר. לאחר ביצוע הניתוח החוזר תימנה תקופת הזכאות מחדש.

3.3 יובהר כי אם במהלך האשפוז בוצעו מספר ניתוחים, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עבור שירותים שניתנו לו לאחר השחרור מאשפוז, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, לפי העניין.

פרק ט - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות

1. הגדרות לפרק זה

טכנולוגיות רפואיות מתקדמות: פרוצדורות וטכניקות רפואיות, וכן שימוש באביזרים רפואיים, חומרים, שתלים, ומכשירים רפואיים לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או לצורך טיפול בכאב. מבלי לגרוע בכלליות האמור במסגרת טכנולוגיות מתקדמות יכלול בין השאר שימוש באמצעי הדמיה לצורך תכנון וביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ביצוע ניתוח באמצעות רובוט טיפולי, טיפול באמצעות קרינה מכל סוג, חיצוני או פנימי, מכשור לטיפול בהזעת יתר, או טיפול באמצעות תא לחץ המופעל במרכז רפואי מאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל. (רפואה היפרברית).

2. מקרה הביטוח

טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בעלות ששילם המבוטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים, והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה. אם פנה המבוטח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

4. הכיסוי הביטוחי

4.1 טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

4.1.1 המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח/טיפולים, אבחון, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים, שתלים, בדיקות ואבחונים שבוצעו כחלק מהטיפול, הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, ועד לסך של 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4.1.2 תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה:

4.1.2.1 המבטח לא יכסה לפי פרק זה כל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אשר מכוסה במלואו על פי פרק 1.ו או ז. – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

4.1.2.2 רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

4.1.2.3 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

4.1.2.4 הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

4.1.2.5 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

- 4.1.3** חריגים אשר יחולו על סעיף זה:
המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1.3.1** טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי, למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 א. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 ב. ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.1.3.2** טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.1.3.3** השתלת איברים המכוסים על פי פרק ד'.
- 4.1.3.4** ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.2** **טיפולים לריפוי והקלה בכאב**
- 4.2.1** המבטח יישא בעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, להקלה בכאב, עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.
- 4.2.2** חריגים אשר יחולו על סעיף זה:
 א. טיפולים הקשורים בשיניים או בחניכיים או סדרת טיפולים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
 ב. טיפול תרופתי מכל סוג וכן טיפול בקנאביס, מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.
 ג. לא יכוסו טיפולי שיקום מכל סוג שהוא או טיפול ברפואה משלימה המכוסים בפרק יא. סעיף 3.14.
 ד. טיפולים הקשורים בשיניים או בחניכיים או סדרת טיפולים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.2.3** תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.
- 4.3** **טיפולים בתא לחץ**
- 4.3.1** המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, במהלך תקופת הביטוח, עד ל-30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ש"ח לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 4.3.2** תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק י - יעוץ, אבחון רפואי ובדיקות

1. מקרה הביטוח

יעוץ רפואי או בדיקה אבחונית המפורטים בסעיף 3, אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בשיעור של 80% מהסכום ששילם המבטח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

אם פנה המבטח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלאו השתתפות העצמית.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1 המבטח זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 1,000 ₪ עבור כל התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) ובתנאי שהרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבטח.

3.1.2 **יובהר כי המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתינוך, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום לרופא או המרכז הרפואי בלבד.**

3.1.3 המבטח יהיה זכאי בסך הכול לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת, ובכלל זה התייעצויות עם מומחים באופן מקוון.

3.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבטח בפרק א זה, סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

3.1.5 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות (סעיף 1.5 בהגדרות הכלליות בפוליסה)

3.2.1 המבטח זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% עבור עלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. **יובהר כי חלקו של המבטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ- 250 ש"ח לכל בדיקה.**

3.2.2 **יובהר כי המבטח לא יישא בעלות עבור שירות לתינוך, תיאום או קיצור תורים, אלא עבור התשלום למרכז הרפואי בלבד.**

3.2.3 בנסיבות בהן המבטח יפעיל מערך שירותי בדיקות אבחון באמצעות נותני שירות בהסכם לרבות במסגרת שירות קיצור תורים, יישא המבטח בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מעלות הבדיקה ולא פחות מ 250 ₪ לכל התייעצות.

3.2.4 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטח זכאי להשתתפות עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 1,000 ₪ עבור כל התייעצות.

3.2.5 חריגים לסעיף זה:

יובהר על פי סעיף זה לא יכוסו בדיקות הריון או בדיקות להתפתחות הילד מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

לא יכוסו בדיקות הקשורות בשיניים או בחניכיים או בדיקות המבוצעות על ידי רופא שיניים;

3.2.6 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

3.3 שירותי אבחון מהיר

3.3.1 הגדרות לסעיף זה:

בסעיף זה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת לצידם:

א. רופא ממיין: רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממיין בקשר למתן שירות אבחון מהיר במועד קבלת השירות בפועל.

ב. תהליך אבחון: תהליך רפואי שעובר מבוסס לפי החלטת הרופא הממיין, או רופא מומחה אליו הופנה המבוטח ע"י הרופא הממיין כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה על פי סימנים ותסמינים.

ג. תהליך אבחון בסיסי: פגישה ראשונית עם רופא ממיין, הכוללת: הכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, בדיקות רפואיות אבחנתיות ראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

ד. תהליך אבחון מקיף: שירות "רופא ממיין" הכולל:

1. תהליך אבחון בסיסי.

2. התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים אליהם הופנה המבוטח ע"י הרופא הממיין.

3. בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממיין או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.

4. פגישת סיכום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

3.3.2 זכאות המבוטח

א. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור שירותי "אבחון מהיר" הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל, במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה לאבחון בסיסי או מקיף, (אחד משניהם) עד פעמיים בכל שנת ביטוח. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מהעלות בפועל עבור האבחון ולא יותר מהסכומים הקבועים להלן:

ב. עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): 170 ₪.

ג. עבור תהליך אבחון מקיף (תוך 7 ימי עבודה): 480 ₪.

3.3.3 תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

א. פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבוטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עבודה ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.

ב. השירות ניתן בבית חולים או מרכז רפואי פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם עם המבטח.

ג. התשלום עבור השירות במלואו שולם במישרין ע"י המבוטח לבית החולים או המרכז הרפואי הפרטי.

ד. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או עפ"י כל פרק אחר בפוליסה.

3.3.4 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

- 3.4 שירות "רופא מלווה"**
- 3.4.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות שירותי "רופא מלווה" שירות יעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 3 בפרק י"ב - ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי וניתוח גדול, ועד 2,400 ש"ח, לכל מקרה ביטוח.
- לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי, ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימות למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.
- 3.4.2 תנאי לחבות המבטח**
- שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת יעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.**
- 3.5 חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל**
- 3.5.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה אך לא יותר מ-7,500 ₪, עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 3.5.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 3.5.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 3.5.4 יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 3.5.5 תנאי לחבות המבטח**
- יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.**
- 3.5.6 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.**
- 3.6 בדיקות סקר ורפואה מונעת, בדיקות סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים, למבוטחים מעל גיל 40.**
- 3.6.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים) או בדיקת סקר סרטן, ועד 960 ש"ח לכל אחת מהבדיקות.
- 3.6.2 הזכאות הינה לביצוע בדיקות סקר פעם אחת או בדיקת סקר סרטן אחת (אחת משתי הבדיקות בלבד) בכל 2 שנות ביטוח.
- 3.6.2 לעניין סעיף זה בדיקת סקר רפואי תכלול לכל היותר את הבדיקות הבאות בלבד: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב-א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת PAP SMEAR, בדיקת PSA ובדיקת צפיפות העצם.
- בדיקת סקר סרטן: בדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים.
- 3.6.3 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

4. חריגים אשר יחולו על כל הסעיפים בפרק זה:

- 4.1 לא יכוסו התייעצויות או בדיקות לצורך טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 4.2 לא יכוסו התייעצויות או בדיקות לצורך טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 4.3 לא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג, אלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, המבוססת על פרוטוקול רפואי מקובל.
- 4.4 לא יכוסה טיפול ניסיוני - טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומם. לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם התשמ"א 1980).

פרק יא - טיפולי שיקום ואביזרים רפואיים, אבחון וטיפול בהתפתחות הילד, בדיקות ומעקב לאשה בהריון וטיפול פוריות, ייעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה

1. מקרה הביטוח

טיפולים רפואיים המצויינים בסעיף 3 להלן, המבוצעים במהלך תקופת הביטוח, הכול ככפוף לתנאים המצויינים בכל סעיף, לפי העניין.

2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בעלות ששילם המבטוח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהשיעורים והסכומים המרביים הנקובים (אם נקובים) לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה. אם פנה המבטוח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלוא השתתפות העצמית.

3. הכיסוי הביטוח

3.1 טיפולי שיקום ואביזרים רפואיים

3.1.1 התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, שניתנה למבטוח במהלך תקופת הביטוח, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 1,200 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.

3.1.2 שיקום דיבור וראיה

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

3.1.3 התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 300 ₪ לכל חודש, לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.1.4 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבטוח, או טיפול בכאב, שניתנו למבטוח, עד לסכום של 250 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.1.5 אביזרים רפואיים

א. המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור רכישת אביזרים רפואיים (לשימוש חיצוני), עד לסך מצטבר של 5,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 500 ₪ בכל פעם. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

ב. חריגים לסעיף זה:

1. לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שיניים.
2. לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, אביזרי רכב, מכשירי טלפון סלולרי או שעון מכל סוג.

3. לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

4. לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

5. לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כן יכוסו נעלי אפוס.

6. לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג לרבות סבונים, שמפו, קרמים, מוצרי הגיינה מכל סוג שהוא.

7. לא יכוסו מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.

3.1.6 מני למשרד קרדיולוגי

המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משרד קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 200 ש"ח לכל חודש. הזכאות הינה לתקופה מרבית רציפה אחת של 24 חודשים לכל היותר.

א. המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.

ב. אובחן במבוטח הצורך בניית לב או השתלת לב.

ג. המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

3.1.7 **תנאי לחבות המבטח - המבוטח לא יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיקום ואיברי עפ"י פרק זה, אם הוא זכאי להם עפ"י סעיפים 2.6-2.8 בפרק ח' - שירותים לאחר ניתוח ואשפוז. יובהר למעלה מכל ספק כי המבוטח לא יהיה זכאי לכפל פיצוי בגין 2 פרקים אלה.**

3.1.8 **תקופת אכשרה לסעיף 3.1 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

3.2 **אבחון וטיפול בהתפתחות הילד**

3.2.1 **בעיות הרטבה לילדים**

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 750 ש"ח לטיפול.

3.2.2 **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה**

המבטח ישתתף בעלות שירותי אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו-דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA, עד לסכום של 1,800 ש"ח. הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

המבטח ישתתף בעלות עבור אבחון נוסף למבוטח שגילו עד 18 שנים, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ש"ח.

3.2.3 **טיפול בבעיות התפתחות בילדים**

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י רופא ילדים או מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול

על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול ע"י מטפל אחר שהוסמך לטפל באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 180 ש"ח טיפול, ולא יותר מ- 25 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

לענין סעיף זה "בעיות בהתפתחות הילד" - פגיעה, תפקוד לקוי, או עיכוב בתפקוד פיזי או נפשי או קוגניטיבי בהתאם לגילו של המבוטח.

3.2.4

חריגים לסעיף זה:

על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, או טיפולי שיקום הכלולים בסעיף 4.1

3.2.5

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח.

3.3

בדיקות ומעקב לאשה בהריון וטיפול פוריות

3.3.1

בדיקות גנטיות טרום הריון

המבוטחים יהיו זכאים להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו במבוטחים במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטחים אינם זכאים לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד ל-1,400 ש"ח לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.3.2

בדיקות ננשים במהלך בהריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בשיעור 80% מהעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,000 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,000 ש"ח לכל הריון.

3.3.3

מעקב הריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 600 ש"ח לכל ביקור, ועד 2 ביקורים במהלך כל הריון.

3.3.4

שמירת הריון באשפוז

מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 4 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 120 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-5 ולתקופה מירבית ורציפה של עד 60 ימים, לכל הריון.

3.3.5

טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 45 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 20,000 ש"ח עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.

3.3.6

הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, בדיקות פולשניות וניתוחים לצורך פרייה והפריה, עלות טיפול תרופתי, שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, הזרעה תוך רחמית והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך.

3.3.7

יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה גם עבור טיפולי פוריות שבוצעו בגופן או הקשורים במבוטח שהינו גבר, כגון השבחת זרע, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד.

- 3.3.8 יובהר כי שני בני זוג מבוטחים יהיו זכאים יחדיו לסכום ביטוח של 20,000 ₪.
- 3.3.9 אם פונדקאית**
יובהר כי הזכאות על פי סעיף 4.3 וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית עקב אי יכולתה של המבוטחת להרות מסיבה רפואית בלבד.
- 3.3.10 חריגים לסעיף זה:**
לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.
- 3.3.11 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 9 חודשים מיום תחילת הביטוח.**
- 3.4 יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי**
המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 250 ₪ לכל טיפול.
- יעוץ פסיכיאטרי**
המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות עבור יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 1,000 ש"ח לכל פגישת יעוץ, ועד 2 פגישות בכל שנת ביטוח.
- 3.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.**
טיפולים ברפואה משלימה ויעוץ דיאטטי
המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 125 ש"ח לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 240 ₪ לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן: הומיאופתיה; אוקופונקטורה; כירופרקטיקה; אוסטיאופתיה; רפלקסולוגיה; שיאצו; ייעוץ דיאטטי; שיטת פלדנקרטיז; ביו-פידבק; נטורופתיה; הרבולוגיה; שיטת פאלה; שיטת אלכסנדר; טווינא; חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור). שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות.
- תנאי לחבות המבטח - קבלת שירותי רפואה משלימה כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.**

4. חריגים לסעיף זה

- בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:**
- 4.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנתן שירות לטיפולים עתידיים.**
- 4.2 לא יאושרו החזרי הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.**
- 4.3 לא יינתן שיפוי בגין טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;**

5. תקופת אכשרה

6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

פרק יב - ליווי רפואי, וטיפולים אגב גילוי מחלה קשה או ניתוח גדול

בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין טיפולים רפואיים וליווי רפואי, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים שבפרק ב'.

1. הגדרות לפרק זה

טיפול רפואי: כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות מכל סוג שהוא עפ"י הוראת רופא מומחה, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים או לרופא, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא, טיפול בכאב, שימוש באביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, (לרבות פיאה עקב טיפול במחלת הסרטן), הוצאות העברה באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו אחד האירועים הרפואיים המכוסים כמפורט בסעיף 3 להלן, אשר התגלו במהלך תקופת הביטוח.

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן האירוע הרפואי המצוין ברשימת האירועים הרפואיים, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו. מועד קרות מקרה הביטוח לגבי ניתוח המכוסה ברשימת האירועים הרפואיים, הינו המועד בו בוצע הניתוח.

3. רשימת האירועים הרפואיים המכוסים

3.1 **איבוד גפיים (Loss of Limbs) - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.**

3.2 **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.**

3.3 **אי ספיקת כבד פולמינית (Fulminant Hepatic Failure) - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסככת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי הסימנים הבאים:**

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה;

3.4 **אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.**

3.5 **אנמיה אפלסטית קשה (Severe Aplastic Anemia) - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:**

1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
- 3.6 **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- 3.7 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 3.8 **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק ניורולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- 3.9 **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- 3.10 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:
1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
 2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוּטם.
- 3.11 **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 3.12 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמאילינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמאילינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
- 3.13 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בנגזרת לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ" או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 3.14 **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או בחומר או נוזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% משטח הגוף.
- 3.15 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)** - מאפיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
1. צהבת;
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 4. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.

- 3.16. **מחלת ריאות חסימתית ורטרקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease)** - מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
- אז** מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.
- 3.17. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בנירונן המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת ומתקדמת. **האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.**
- 3.18. **ניתוח גדול** - מצב רפואי המחייב ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב (CABG) צנתור טיפולי של העורקים הכליליים באמצעות סטנט או בלון, **מובהר כי צנתור אבחוני אינו מכוסה על פי סעיף זה**, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, (Open Heart Surgery for Repair Valve or replacement) תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן (Aorta), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי- מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.
- 3.19. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES-MELLITUS** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. **הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.**
- 3.20. **סרטן (cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות, וכן מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר כי על אף האמור, הגדרת סרטן על פי סעיף זה תכלול גם גילוי סרטן מוקדם - גילוי גידולים המאובחנים כשניוניים ממאירים מקומיים - (in situ).
- 3.21. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 3.22. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המקיעת על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 3.23. **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא ניורולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- 3.24. **פוליו שיתוק ילדים (Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 3.25. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניורולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- 3.26. **צפדת בטנוס (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

- 3.27. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 3.28. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה.
- 3.29. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 3.30. **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 3.31. **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.
- 3.32. **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ושהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או נכות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
 2. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 50%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין פגיעה אחת מסוימת (ולא בגין מספר פגיעות או מחלות יחד) בשל מחלה או התאונה. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
 3. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 5-1-2013 לתקופה העולה על 3 חודשים.
- יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).
- הגדרת המחלות:** גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, עיוורון, סרטן, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 17-1-2015.

4. **זכאות לתגמולי הביטוח**

זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק בקרות אחד האירועים הרפואיים המצוינים לעיל, ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח. יובהר כי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי כל פרק אחר בפוליסה ועל פי פרק זה לא יעלו על סך ההוצאה בפועל.

- 5.1 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות עבור טיפולים רפואיים בפועל ועד לסך של 50,000 ש"ח, בגין האירועים רפואיים המפורטים בסעיף 3 בפרק זה, שבוצעו בישראל או בחו"ל, **במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח**.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1, המבטח ישפה את המבוטח בשיעור הנקוב לגבי אותו טיפול ועד הסכום המרבי הנקוב לגבי אותו טיפול כדלהלן:
- 5.2.1 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלת סרטן - הסכום המירבי יהיה 100,000 ש"ח.
- 5.2.2 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים - (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם אשר מחייב ניתוח ו/או הקרנות ו/או טיפול כימותרפי, הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 5.1.
- 5.2.3 עבור צנתור טיפולי באמצעות בלון או סטנט - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 5.1.
- 5.2.4 **שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל.**
- המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלות עבור שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל, הקשור באירוע רפואי המפורט בסעיף 2.3, ועד 4,800 ש"ח לכל מקרה ביטוח.
- 5.3 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירעו מקרי ביטוח נוספים, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח שאירעו בתקופת הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 5.1 או 5.2 לפי העניין.
- 5.4 **המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן כושר עבודה, אלא רק שיפוי עבור הוצאות רפואיות.**
- 5.5 **תקופת אכשרה לפרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: mokedbriut@ayalon-ins.co.il

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

www.ayalon-ins.co.il

לשירותך:



סוכנות ביטוח בהתאמה אישית

נכונים - סוכנות ביטוח בהתאמה אישית

טלפון: 072-2227357

