



ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם



ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל
הוועד הארצי

דיסקונט



אנחנו שמחים להציג בפניכם את **פוליסת ביטוח הבריאות החדשה של חברת מגדל** לעובדי וגמלאי הבנק ובני משפחותיהם. מדובר בפוליסה מקיפה ורחבה המותאמת הן לחידושים הטכנולוגיים בעולם הרפואה והן לצרכים הספציפיים של עובדי הבנק.

יש חשיבות עצומה להצטרפות של כל עובד ועובדת לביטוח הבריאות. לצערנו, אנחנו נתקלים במקרים רפואיים מאד מורכבים של עובדות ועובדים שחלו והם אינם מבוטחים בביטוח בריאות. כתוצאה מכך, הטיפול הרפואי שהם יכולים לקבל מצומצם יותר והאפשרות שלנו לסייע במקרים כאלה היא מוגבלת.

הוועד הארצי שכר לצורך בניית הפוליסה וניהול המכרז יועץ ביטוחי בלתי תלוי. לאחר תהליך מעמיק ומקצועי של בדיקה בין מספר חברות ביטוח, נבחרה חברת מגדל כחברה שתבטח את עובדי וגמלאי הבנק ובני משפחותיהם. חברת מגדל הציגה את התנאים הטובים ביותר בכל הקריטריונים, לרבות כיסויים רחבים, עלות ושירות, ולכן היא נבחרה. הפוליסה נותנת כיסויים חדשים שעד כה לא ניתנו וכן מרחיבה את הכיסויים הקיימים:



יתרון נוסף הוא בכך שהפוליסה היא של כלל עובדי הבנק וכקבוצה של אלפי מבוטחים - יש לנו יותר כוח. הפוליסה נחתמה מול הוועד ולכן אם תיתקלו בקשיים או בשאלות - **נוכל לסייע ולקשר עם הגורמים הרלוונטיים בתהליך פשוט שלא יצריך הליכים בירוקרטיים ממושכים.**

כידוע, בשל הוראת הפיקוח על הביטוח במשרד האוצר, הביטוחים הסייעודיים הקולקטיביים ייפסקו בקרוב. מדובר בהוראה רגולטורית שמהווה בעיה למאות אלפי עובדים בישראל. לכן, הפוליסה הנוכחית אינה כוללת ביטוח סייעודי. אנחנו פועלים למציאת פתרון לסוגיה אך בשלב זה, חשוב לדעת כי עם סיום הפוליסה – לא יהיה יותר כיסוי סייעודי.

הפוליסה הקודמת תסתיים ב-30.9.2017 ולאחר מכן יינתן כיסוי ל-60 ימים נוספים. במהלך התקופה הזאת, אנחנו ממליצים לכל אחד ואחת מכם להעמיק ולבחון את הנושא ולהצטרף לפוליסת בריאות שתעניק לכם כיסוי מרבי. **חשוב לציין כי ההצטרפות לפוליסה הנוכחית אינה כרוכה בהצהרת בריאות.**

בשל החשיבות הקריטית של הנושא, כבר בשבועות הקרובים, נערוך כנסי הסברה בכל הארץ ובנוסף, אתם מוזמנים לפנות בכל שאלה לסוכנות הביטוח מרוז בטלפון 03-5621110 ובדוא"ל dbank@meroz.co.il. כמו כן, להלן מסמך מפורט יותר ובו שאלות ותשובות על הפוליסה החדשה.

שלכם,

מוטי בכר
יו"ר ועד המנהלים

רפי קזלקופי
יו"ר הוועד הארצי

הפוליסה נכתבה ונערכה על ידי
מר אלי ויקלמן יועץ ביטוח
אודם 11 פתח תקוה
טלפון 03-6474744
פקס 03-03-9192999
מייל eli@vikelman.co.il

גילוי נאות

חלק א' – ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט בע"מ .
	2. שם בעל הפוליסה	ארגון עובדי בנק דיסקונט ו/או עמותת גימלאי בנק דיסקונט .
	3. החברה המבטחת	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
	4. הכיסויים	השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כסוי מהשקל הראשון - פרק ד'1. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן - פרק ד'2. שירותים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת - פרק ה'.
	5. משך תקופת הביטוח	5 שנים מיום 01.10.2017 עד 30.09.2022 .
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	7. המשכיות	<p>כמפורט בסעיף 6 לתנאים הכללים בפוליסה</p> <p>6.1 החברה תאפשר למי שהיה מבטוח אצלה במסגרת פוליסה זו, לעבור לפוליסת פרט (להלן – "פוליסת המשך"), אצל המבטח, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבטוח ביקש כי תנאי פוליסת המשך, כאמור, יהיו נחותים יותר בתנאים שלהלן:</p> <p>6.2 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל החברה;</p> <p>6.3 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.</p> <p>6.4 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף זה, תינתן למי שהיה מבטוח בפוליסה זו לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמבטוח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך</p> <p>6.4.1 עזיבת העובד את בעל הפוליסה, ו/או פיטורין, סיום תקופת הביטוח של המבטוח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;</p> <p>6.4.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבטוחים או לגבי חלק מהמבטוחים;</p> <p>6.4.3 גירושין שבשלם המבטוח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.</p> <p>6.5 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל החברה ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח הודעה בכתב בדבר</p>

<p>סיום הביטוח ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר ויציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.</p> <p>6.6 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.</p> <p>6.7 מבוטח שהצטרף לפוליסת ההמשך בהתאם לאמור בסעיף זה יהיה זכאי להנחה בגובה 25% ל-5 שנים ולאחר מכן 10% לכל החיים מהתעריף הרשמי שיהיה נהוג באותה עת בביטוח הפרטי לכלל המבוטחים לכל תקופת הבטוח.</p> <p>למען הסר ספק יובהר כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • פרק א'- השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל : תקופת אכשרה בת 60 יום למבוטחים חדשים בלבד . • פרק ב'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות: תקופת אכשרה בת 60 יום למבוטחים חדשים בלבד . • פרק ג'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל: תקופת אכשרה בת 60 יום למבוטחים חדשים בלבד. במקרה ביטוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או ניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון מסיבה רפואית, תהא תקופת אכשרה בת 180 יום. • פרק ד'1 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מהשקל הראשון, פרק ד'2 ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן - תקופת אכשרה למבוטחים חדשים בלבד לכיסוי ניתוחים, טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 60 ימים. • תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים. • פרק ה'- שירותים רפואיים אמבולטורים : תקופת אכשרה בת 60 יום למבוטחים חדשים בלבד. לכיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום. • סעיף 2.4 בדיקות ושירותים לנשים בהריון- תקופת אכשרה למבוטחים חדשים בלבד של 6 חודשים. 	<p>8. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים בלבד</p>	
<p>אין .</p>	<p>9. תקופת המתנה</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • פרק ב' - תרופות 200 ₪ למרשם לחודש, אך לא יותר מ- 400 ₪ לכל המרשמים בכל חודש. בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית. • פרק ה' - שירותים אמבולטוריים החזר תשלום שבוצע בפועל עד לסך המפורט בסעיפים 2.1-2.35 ובכפוף להשתתפות עצמית המפורטת בכל סעיף וסעיף לעיל . 	<p>10. השתתפות עצמית</p>	

<p>אין .</p>	<p>11. שינוי תנאים במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>שינוי תנאים</p>																																													
<p align="center"><u>פרמיה עובדים</u></p> <table border="1" data-bbox="135 324 1013 638"> <thead> <tr> <th>מסלול שב"ן</th> <th>מסלול מלא</th> <th>גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>₪ 51</td> <td>₪ 53</td> <td>*ילד של עובד עד גיל 28</td> </tr> <tr> <td>₪ 142</td> <td>₪ 149</td> <td>18-40</td> </tr> <tr> <td>₪ 158</td> <td>₪ 165</td> <td>41-49</td> </tr> <tr> <td>₪ 180</td> <td>₪ 189</td> <td>50-54</td> </tr> <tr> <td>₪ 244</td> <td>₪ 255</td> <td>55-67</td> </tr> <tr> <td>₪ 473</td> <td>₪ 495</td> <td>+68</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center"><u>פרמיה גמלאים/פורשים</u></p> <table border="1" data-bbox="135 728 1013 1086"> <thead> <tr> <th>מסלול שב"ן</th> <th>מסלול מלא</th> <th>גיל</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>₪ 51</td> <td>₪ 53</td> <td>*ילד של גמלאי/פורש עד גיל 28</td> </tr> <tr> <td>₪ 162</td> <td>₪ 170</td> <td>18-40</td> </tr> <tr> <td>₪ 181</td> <td>₪ 190</td> <td>41-49</td> </tr> <tr> <td>₪ 287</td> <td>₪ 300</td> <td>50-54</td> </tr> <tr> <td>₪ 363</td> <td>₪ 380</td> <td>55-59</td> </tr> <tr> <td>₪ 415</td> <td>₪ 435</td> <td>60-67</td> </tr> <tr> <td>₪ 473</td> <td>₪ 495</td> <td>+68</td> </tr> </tbody> </table> <p>*החל מילד שלישי ואילך חינם ילד בוגר (מעל גיל 28) ישלם פרמיה בתעריף בן /בת זוג ולפי קבוצות גיל המפורטות בטבלה .</p>	מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל	₪ 51	₪ 53	*ילד של עובד עד גיל 28	₪ 142	₪ 149	18-40	₪ 158	₪ 165	41-49	₪ 180	₪ 189	50-54	₪ 244	₪ 255	55-67	₪ 473	₪ 495	+68	מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל	₪ 51	₪ 53	*ילד של גמלאי/פורש עד גיל 28	₪ 162	₪ 170	18-40	₪ 181	₪ 190	41-49	₪ 287	₪ 300	50-54	₪ 363	₪ 380	55-59	₪ 415	₪ 435	60-67	₪ 473	₪ 495	+68	<p>12. גובה דמי הביטוח</p>	<p>דמי ביטוח</p>
מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל																																													
₪ 51	₪ 53	*ילד של עובד עד גיל 28																																													
₪ 142	₪ 149	18-40																																													
₪ 158	₪ 165	41-49																																													
₪ 180	₪ 189	50-54																																													
₪ 244	₪ 255	55-67																																													
₪ 473	₪ 495	+68																																													
מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל																																													
₪ 51	₪ 53	*ילד של גמלאי/פורש עד גיל 28																																													
₪ 162	₪ 170	18-40																																													
₪ 181	₪ 190	41-49																																													
₪ 287	₪ 300	50-54																																													
₪ 363	₪ 380	55-59																																													
₪ 415	₪ 435	60-67																																													
₪ 473	₪ 495	+68																																													
<p>לילד- פרמיה קבועה עד גיל 28 . בן/בת זוג, ילד בוגר - לפי קבוצות גיל כמפורט בטבלה .</p>	<p>13. מבנה דמי הביטוח</p>																																														
<p>המבטח יהא רשאי להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים, כל 24 חודשים במהלך תקופת הביטוח, לראשונה ביום 1.10.2019, לגבי יתרת תקופת ההסכם על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחה המפורטת להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ פרמיה ברוטו: דמי הביטוח המשולמים על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים. ▪ הכנסות: 75% מפרמיה ברוטו . ▪ הוצאות: <p>תביעות משולמות: תביעות ששולמו בפועל במהלך התקופה. תביעות תלויות: תביעות שאירעו במהלך התקופה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקן.</p> <p>IBNR כפי שייקבע במועד ההתאמה בהתאם לחישובי החברה. באם סך ההוצאות יהיה גדול מסך ההכנסות, דמי הביטוח ישתנו ביחס שבין ההוצאות להכנסות אך לא יותר מ75%.</p> <p>החברה מתחייבת להגיש לבעל הפוליסה את הנתונים האמורים לא יאוחר מ 90 יום לפני מועד ההתאמה. מוסכם כי במידה ושיעור ההפסד יעלה על 75% ושני הצדדים לא יגיעו להסכמה בדבר עדכון גובה הפרמיה הנדרש ו/או עדכון הפוליסה על מנת</p>	<p>14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח</p>																																														

דמי ביטוח	14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	להביאה לאיזון, תהיה לכל אחד מהצדדים זכות לבטל את ההסכם בהודעה של 120 יום מראש ולאחר שהצדדים מיצו את הדיונים ביניהם בנושא זה. אם ולאחר מועד ההתאמה שיעור המבוטחים יקטן ב- 30% יהיה רשאי המבטח להפסיק את ההסכם בהודעה מוקדמת של 120 יום.
תנאי ביטוח	15. תנאי ביטוח הפוליסה על-ידי המבטח 16. תנאי ביטוח הפוליסה על-ידי המבטח	בכל עת, בהודעה בכתב לחברה. אין החזר פרמיה לתקופה שבה הייתה הפוליסה בתוקף. המבטח יהיה רשאי לבטל את הפוליסה בכל אחד מהמקרים הבאים: א. אם לא שולמו דמי הביטוח כסדרם בהתאם להוראות הפוליסה והוראות החוק. ב. בכל מקרה שבו על-פי חוק חוזה ביטוח רשאי המבטח לבטל את הפוליסה.
חריגים	17. החרגה בגין מצב רפואי קודם	סעיף 25 לתנאים הכלליים של הפוליסה אם קיימת החרגה, הפירוט מופיע בדף פרטי הביטוח. חריג מצב רפואי קודם לא יחול על מצטרפים חדשים עד ליום 30.11.2017
	18. סייגים לחבות החברה	<ul style="list-style-type: none"> • סעיף 26 לתנאי הפוליסה. • סעיף 5 בפרק ב' לפוליסה. • סעיף 5 ו 6 בפרק ג' לפוליסה. • סעיף 5 בפרק ד'1 לפוליסה. • סעיף 5 בפרק ד'2 לפוליסה. • סעיף 3 בפרק ה' לפוליסה .
	19. תנאים מהותיים	<ul style="list-style-type: none"> • במקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי: בעת השרות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה • הגבלת אחריות בחו"ל – מתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בהסכם זה בלבד • קיימת אפשרות על פי דרישת המבוטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית זו באמצעות מוקד השירות של החברה וכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il.

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א' - השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל					
<p>בטרם תשלום תגמולי ביטוח מסוג שיפוי בגין השתלות בישראל או בחו"ל תבחן החברה בין היתר, אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ובכלל זה אם התקיימו התנאים המצטברים להלן:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.</p> <p>ב. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.</p> <p>החברה תהיה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח רק אם התקיימו התנאים הנ"ל וכן יתר תנאי הפוליסה.</p>					
הכיסוי הביטוחי	<p>כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה עד לסך של 500,000 ₪ . הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה ו/או טיפולים אחרים שידרשו ע"י הרופאים המטפלים. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי</p>	שיפוי	כן	תחליפי	כן

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>הוראת הצוות הרפואי. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם. בכפוף לסכום הנקוב בכל סעיף בפרק א'.</p>	
כ	תחליפי	כ	שיפוי	<p>הוצאות לצורך איתור האיבר המושטל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם עד לסך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח. תשלום עבור הוצאות לפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד לסך של 120,000 ₪. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד לסך של 1,000,000 ₪. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, וחזרה לארץ לאחר ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 35,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 120,000 ₪; במקרה הצורך בהטסה רפואית בחזרה לישראל יוכפל הסכום. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע</p>	הוצאות נלוות

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד סך של 1,200 ₪ ליום. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 500,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או ליעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 250,000 ₪.</p> <p>הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד לסך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח תשלום עבור העברת גופת המבטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך 20,000 ₪.</p> <p>תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך של 215,000 ₪.</p> <p>בכפוף לסכום הנקוב בכל סעיף בפרק א'.</p>	
כן	תחליפי	כן	שיפוי	<p>לעניין השתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם – שיפוי מלא.</p> <p>במקרה וההשתלה תבוצע במבטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולי המוסכמים ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית עד 6,500,000 ₪.</p> <p>לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי 800,000 ₪ למקרה</p>	סכום השיפוי המרבי:

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קידום תגמולים מביטוח אחר
כיסוי נוסף					
גמלת החלמה לאחר השתלה	בוצעה במבוטח השתלה, למעט השתלת קרנית, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חודשי בסך של 7,000 ₪ או 5,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות וזאת למשך תקופה מרבית של 24 חודש החל מתום החודש שבה בוצעה ההשתלה בפועל במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח.	פיצוי	לא	מוסף	לא
מסלול פיצוי חד פעמי בגין השתלה בלבד					
כיסוי ביטוחי	פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪	פיצוי	לא	מוסף	לא
טיפול ניסיוני בחו"ל					
כיסוי ביטוחי	השתתפות בהוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל לצורך ביצוע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל.	פיצוי	לא	מוסף	לא
סכום השיפוי המרבי	הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה במחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת עסקים הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום. עד 150,000 ₪ למקרה. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ובחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד	פיצוי	לא	מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קידוז תגמולים מביטוח אחר
	רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה עד לסכום מרבי של 120,000 ₪ למקרה.				
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות או תרופות הכלולות בסל הבריאות אך לא להתוויה הרפואית המוגדרת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שאושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות וכן, תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שהוגדרה כ-OFF LABEL, תרופה יתומה.	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן
סכום השיפוי המרבי	סך כל תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על-פי פרק זה בין כשיפוי ובין כתשלום במישרין לספק השירות, לא יעלו על סך של 2,500,000 ₪ לכל 3 שנות ביטוח. בגין תרופה יתומה יכוסה עד סך 500,000 ₪. טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 100,000 ₪.	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן
שיפוי לשירות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה	עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה עד סך של 300 ₪ ליום ועד 60 יום.	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ג' - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוח בחו"ל	שכר מנתח או נותן טיפול מחליף, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל, שתל בניתוח, בדיקה פתולוגית .	שיפוי	כן	תחליפי	כן
סכום השיפוי המירבי בגין ניתוח בחו"ל	ניתוח בחו"ל אשר ביצעו אושר ותואם מראש על ידי המבטח- שיפוי מלא וישיר. ביצוע הניתוח ללא אישור מוקדם וללא תיאום ע"י המבטח סכום השיפוי המרבי יעמוד על 250% מעלות הניתוח בארץ ולא יותר מההוצאות בפועל	שיפוי	כן	תחליפי	כן
סכום השיפוי המירבי בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	שכר נותן טיפול מחליף ניתוח עד 250% משכר "מנתח אחר", בגין הניתוח, שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה. הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח , עד 250% מהסכום שהיה משולם ל"בית חולים אחר" בגין הניתוח שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם הניתוח היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	שיפוי	כן	תחליפי	כן
הוצאות נוספות	העברות מבוטח ומלווה, הטסה רפואית הוצאות הטסה גופה, כרטיס טיסה - הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ושל מלווה אחד, מישראל לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וחזרתו ארצה לאחר ביצועו. במקרה בו המבוטח הינו קטין תשפה החברה הוצאות רכישת כרטיס טיסה כאמור עבור שני מלווים. בנוסף לאמור, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסכום חד פעמי בסך 100,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21	שיפוי	כן	תחליפי	כן

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל- 150,000 ₪ .</p> <p>הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל עד לסך של 200,000 ₪ . יובהר כי הוצאות אלו כוללות רק את הוצאות הטסת המומחה ושהותו בישראל .</p> <p>הנחה ברכישת ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה.</p>	
פרק ד'1 כיסוי פוליסה אחידה לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון"					
כן	תחליפי	כן	שיפוי	<ul style="list-style-type: none"> עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בקשר לניתוח, בכל שנת ביטוח . שכר מנתח או נותן טיפול מחליף הניתוח. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז . טיפול מחליף ניתוח . 	הכיסוי הביטוחי
כן	תחליפי	כן	שיפוי	<p>בוצעה ההתייעצות ע"י רופא שבהסכם תישא החברה בעלות ההתייעצות במלואה.</p> <p>בוצעה ההתייעצות ע"י נותן שירות אחר- תישא החברה בעלות ההתייעצות עד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.</p>	סכום שיפוי מרבי עבור התייעצות עם רופא מומחה במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל
				<p>בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 בפרק ד'1, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם.</p>	סכום שיפוי מרבי במקרה של ניתוח המבוצע בישראל

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>המבטוח לא זכאי לקבלת החזר הוצאות ו/או שיפוי בגין ההוצאות המוכרות, למעט באחד המקרים הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> החזר הוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבטוח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה. (להלן: "רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר"). החזר הוצאות שכר רופא המנתח שברשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר ישולמו למבטוח עד התקרה לשכר מנתח הנקובה באתר האינטרנט של החברה, עבור אותו הניתוח. <p>החזר השתתפות עצמית ששילם המבטוח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.</p>	
				<ul style="list-style-type: none"> בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם – תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם. בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבטוח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה. 	סכום שיפוי מרבי במקרה של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל
פרק ד'2 מסלול לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן					
כן	מוסף	כן	שיפוי	<ul style="list-style-type: none"> עד 3 התייעצויות עם רופא מומחה בקשר לניתוח, בכל שנת ביטוח. שכר מנתח או נותן טיפול מחליף הניתוח. ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם 	הכיסוי הביטוחי

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				ביצוע הניתוח ולאשפוז, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז. • טיפול מחליף ניתוח.	
כן	מוסף	כן	שיפוי	החזר הוצאות ההתייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.	סכום שיפוי מרבי עבור התייעצות עם רופא מומחה
				המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח על-פי תוכנית זו בגין ההוצאות המוכרות רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו. במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר. במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן שברשותו בגין אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח. אם לא יומצא לחברה ע"י המבוטח אישור כאמור, קביעת גובה סכום השתתפות כאמור, אשר רק מעבר אליה תישא החברה בתשלום תגמולי הביטוח, תהיה לפי קביעת החברה על-פי מידע שברשותה. "נסיבות אישיות" – נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור או אי תשלום דמי חבר לתכנית השב"ן או ביטול	סכום שיפוי מרבי במקרה של ניתוח וטיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>(השב"ן) במקרה של דחיה כללית בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבטח שהינו בשירות סדיר, יהיה זכאי המבטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות על פי המפורט להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> • בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם תישא החברה בעלות ההוצאות המפורטות בסעיפים 3.2-3.4 במלואם. • בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר - לא זכאי המבטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, זכאי המבטח להוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה (להלן: "רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר"). <p>בוצע הטיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר - זכאי המבטח להוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.</p>	
				<p>הסתיימה חברותו של המבטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבטח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתימסר לחברה המבטחת לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת</p>	ברות ביטוח לתוכנית מ"השקל הראשון"

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>הזכאות"), בבקשה לרכוש פוליסה המשווקת על ידי החברה המבטחת באותה העת, לכיסוי ניתוח בישראל ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המקנה כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (פוליסת הרצף") בתנאים הבאים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח בפוליסת הרצף הנהוגים בחברה לכלל המבוטחים באותה עת. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לפוליסת הרצף. • רכישת פוליסת הרצף תעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף. <p>במקרה שפוליסת הרצף מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לפוליסת הרצף לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לפוליסת הרצף לגבי כיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הרצף תהיה למפרע מהמועד בו הופסקה חברותו של המבוטח בשב"ן.</p>	
פרק ה' - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים					
כן	תחליפי	כן	שיפוי	<p>התייעצויות עם רופא מומחה, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולי פיזיותרפיה טיפולים פיזיותרפיים, הידרותרפיים, ספורט תרפיה, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, הבראה לאחר לידה, הוצאות הפריית מבחנה, תרומת ביצית בחו"ל, מימון לשירותי פונדקאות, שמירת ביציות</p>	הכיסוי הביטוחי

קידוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
				<p>לטווח ארוך, בדיקות לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה, הקפאת זרע או ביצית, טיפול על ידי מקרופאגים, פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון, טיפול בבעיות התפתחות ילדים (מגיל 3 ועד גיל 17 שנים), טיפולים בהרטבת לילה, החלמה ו/או פעילות רפואית משקמת, לאחר התקף לב ו/או ניתוח להסרת גידול ממהיר ו/או שפיר ו/או ניתוח אורתופדי המחייב שיקום ו/או השתלה, אחות פרטי לאחר 5 ימי אשפוז, טיפול בתא לחץ, טיפול פסיכולוגי, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia, טיפולים בכאב, קפסולה למעיים, טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס, שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי, מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS, מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B: משדר קרדילוגי, רדיו כירורגיה: למיגור גידולים וגרורות, הוצאות בגין טיפולים משקמים, רפואה אלטרנטיבית. שיפוי שב"ן.</p>	
כן	תחליפי	כן	שיפוי	<p>החזר תשלום שבוצע בפועל עד לסך המפורט בסעיפים 2.1-2.35 בפרק ה' ובכפוף להשתתפות העצמית המפורטת בכל סעיף וסעיף. שיפוי שב"ן. החזר 100% מעלות ההשתתפות העצמית בגין הטיפול.</p>	סכום שיפוי מרבי

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל					
כן	תחליפי	כן	שיפוי	בחו"ל - שיפוי מלא בגין הפניה לנותן שירות שבהסכם. השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל המתבצעת באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם, יהא עד סך 10,000 ₪ במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחו"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך 10,000 ₪ לאדם. בארץ - שיפוי מלא כשמדובר בנותן שרות בהסכם או במקרה של רופא שאינו בהסכם עד לגובה - 1,600 ₪.	הכיסוי הביטוחי

הגדרות – הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן :

"**ביטוח תחליפי**" - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מהשקל הראשון").

"**ביטוח משלים**" - ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.

"**ביטוח מוסף**" - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

הנחיות להגשת תביעה

בהיודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה
עליך לפנות לסוכנות הביטוח מרוז
בטל. 03-5621110 מייל: dbank@meroz.co.il אתר האינטרנט: www.meroz.co.il
או באמצעות דואר פנימי של הבנק באמצעות הוועד הארצי עבור מרוז סוכנות לביטוח.
כתובת – מרוז סוכנות לביטוח קרליבך 1 תל אביב 67132

מוקד תביעות של מגדל
בטלפון: 03-9201010 שלוחה 3. tviotcollective@migdal.co.il פקס- 076-8869473
המוקד פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:30

תביעות בגין ניתוחים דחופים (עד 7 ימים ממועד הניתוח) יש לשלוח למספר פקס: 03-5637749 או
לכתובת מייל Healthclaim@migdal.co.il

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל,
הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

https://www.migdal.co.il/He/insurance/HealthInsur/Pages/Doctor_Intel.aspx

לאחר שעות הפעילות ובמקרי ניתוח דחופים בלבד, ניתן לפנות למוקד בטלפון 073-2049169
המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים -
24 שעות ביממה.

לפניות בכתב:
"מגדל חברה לביטוח " אגף הבריאות, ת"ד 3063 קריית אריה פתח תקווה 4951106

במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:
מאחר וביצוע השתלה או ניתוח או טיפול בחו"ל הינו הליך מורכב והטיפול בו שונה מאדם לאדם, חשוב
ליצור קשר טלפוני עם מוקד התביעות, בהקדם, אף בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, כדי לקבל
הנחיות כיצד יש לטפל בתביעה.

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:
עם היודע על הצורך בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שעלותן עולה על סכום ההשתתפות עצמית
לתרופה לחודש, עליך לפנות אל מגדל בתביעה לצורך קבלת אישור לתשלום תגמולי הביטוח. לאחר קבלת
האישור כאמור, במהלך תקופת נטילת התרופה, עליך להגיש למגדל כל 3 חודשים, מרשם חתום על ידי
רופא מומחה או רופא בית החולים בצירוף קבלות המעידות על רכישת התרופות בפועל.

למבוטחים במסלול ניתוחים מהשקל הראשון -

במקרה של צורך בניתוח:

לאחר שבחרת את הרופא המנתח, עליך לפנות למגדל בתביעה הכוללת מידע בין היתר על הרופא ופירוט
לגבי הניתוח שאמור להתבצע.

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל,
הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

ביצוע ניתוח או טיפול מכוסה באמצעות רופא הסכם יבטיח לך כי התשלום בגין ביצוע טיפול המכוסה
בפוליסה, יועבר ישירות מחברת הביטוח לרופא ההסכם.

למבוטחים במסלול ניתוחים כולל שב"ן –

הכיסוי הניתן לכם במסגרת הפוליסה בגין ניתוחים בישראל מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן. בעת הצורך בביצוע הניתוח עליכם לפנות תחילה לקופת החולים למימוש הזכויות על פי תכנית השב"ן. במקביל יש לפנות למוקד התביעות של מגדל לצורך קבלת תגמולי ביטוח בגין הניתוח מעבר להשתתפות השב"ן ועד לתקרה הקבועה בפוליסה.

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר האינטרנט של מגדל שכתובתו:
www.migdal.co.il

לנוחיותך, להלן מסמכים של להגיש בצירוף לטופס התביעה (לפי סוג האירוע)

1. לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :

- 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2 הפניה לניתוח
- 1.3 העתק תוצאות בדיקות
- 1.4 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:

- 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2 מכתב שחרור מבית החולים.
- 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:

- 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתן סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
- 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.4 קבלות מקוריות.
- 3.5 אישור מקופת חולים כי התרופה אינה מכוסה במסגרת סל הבריאות

יודגש כי במקרה תביעה ייתכן שיתבקשו מסמכים ומידע נוסף להזכירך, במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה על פי הפוליסה לרבות ביצוע ניתוח, השתלה או צורך בתרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד התביעות, וזאת בטרם ביצוע הטיפול הרפואי, לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

לשימושך מדריך להגשת תביעות אינטראקטיבי באתר מגדל בכתובת: www.migdal.co.il

ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי וגמלאי בנק דיסקונט ובני משפחותיהם

1. הגדרות:	
אח/אחות:	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.
אשפוז:	"אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה.
אתר אינטרנט של החברה:	אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il .
ביטוח קודם/ביטוח מקורי:	פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדים ובני משפחותיהם, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה שתחילתה ביום 01.10.2014 ואשר התנהלה בפניקס חברה לביטוח בע"מ. למען הסר ספק, יצוין כי כל המבוטחים הקיימים, שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות הקודמת על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה, וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות בקשר להחמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
בית חולים:	מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כדוגמת סנטוריום), בית החלמה, בית הבראה.
בית חולים פרטי:	בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי או שירות רפואי אחר המכוסה על פי הפוליסה במסגרת שירות רפואי פרטי (שר"פ).
בית חולים מוסכם:	בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
בן/בת זוג:	בן/בת הזוג של עובד, ו/או בן /בת זוג של ילד של עובד. כבני /בנות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור.
בעל הפוליסה:	ארגון עובדי בנק דיסקונט /או עמותת גמלאי בנק דיסקונט.
דמי הביטוח:	הסכום בגין פוליסה זו שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
דף פרטי הביטוח:	דף המצורף לפוליסה המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה וכולל בין היתר את פרטי החברה, המבוטח, שם פוליסת הביטוח הקבוצתי, מועד תחילת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח. נקבעו בפוליסה תנאי קבלה מיוחדים למבוטח מסוים, יצוינו בדף פרטי הביטוח הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של המבוטח, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של המבוטח, התוספת החיתומית ופירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלה נקבעה התוספת האמורה.
המוטב:	הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו יורשיו החוקיים של המבוטח.

<p>מגדל חברה לביטוח בע"מ.</p> <p>חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו.</p> <p>חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.</p> <p>כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.</p> <p>חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.</p> <p>חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.</p> <p>יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות (יממה) בהם אושפז המבוטח בבית חולים. מניית ימי האשפוז תהיה רק בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבית החולים.</p> <p>מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.</p> <p>עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוג ו/או גמלאי/ת ובכלל זאת ידוע/ה בציבור ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 28 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 28, אך בתעריף בוגר מעל גיל 28. וכן בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו. למען הסר ספק, יובהר כי מבוטח קיים כולל גם בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד ו/או בת זוג וילדיהם, גם אם העובד אינו מבוטח במסגרתה מכל סיבה שהיא.</p> <p>מבוטח שלא היה במועד תחילת הביטוח מבוטח קיים.</p> <p>מבוטח, שבמועד תחילת הביטוח היה מבוטח בביטוח הקבוצתי הקודם. יובהר כי במקרה שהתקיימו לגבין התנאים המפורטים בסעיף 4.4.6 הצטרפותו לביטוח זה, כפופה לאישורו בכתב ואם לא יאשר זאת בכתב, הביטוח בפוליסה לגביו לא יכנס לתוקף.</p> <p>מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אף אם מתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר. לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לא.</p> <p>בית החלמה בישראל המוכר על ידי אחת מקופות החולים בישראל.</p> <p>הפרעה שיש לה סיבה מסויימת עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, כן כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.</p> <p>מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.</p> <p>מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, או בנספח מנספחיה שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בהליך של הליך אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.</p>	<p>החברה ו/או המבטח:</p> <p>הפוליסה:</p> <p>השתתפות עצמית:</p> <p>חו"ל:</p> <p>חוק הביטוח:</p> <p>חוק הבריאות:</p> <p>יום אשפוז:</p> <p>ישראל:</p> <p>מבוטח:</p> <p>מבוטח חדש:</p> <p>מבוטח קיים:</p> <p>מדד:</p> <p>מוסד החלמה :</p> <p>מחלה:</p> <p>מעבדה:</p> <p>מצב רפואי קודם:</p>
---	---

<p>מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים הקבועים בפוליסה.</p>	<p>מקרה הביטוח:</p>
<p>מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד הגשת התביעה.</p>	<p>נותן שירות שבהסכם:</p>
<p>ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה.</p>	<p>ניתוח אלקטיבי:</p>
<p>סייג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.</p>	<p>סייג בשל מצב רפואי קודם:</p>
<p>הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או בנספח שצורף לפוליסה.</p>	<p>סכום ביטוח:</p>
<p>טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.</p>	<p>פיזיותרפיה</p>
<p>דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.</p>	<p>פרמיה :</p>
<p>כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.</p>	<p>קופת חולים:</p>
<p>רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.</p>	<p>רופא:</p>
<p>רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.</p>	<p>רופא מרדים:</p>
<p>רופא מרדים, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.</p>	<p>רופא מרדים בהסכם:</p>
<p>רופא, למעט רופא שיניים או רופא וטרניר, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הוא התחום הרלבנטי למקרה הביטוח.</p>	<p>רופא מומחה:</p>
<p>לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.</p>	<p>שינוי בדמי הביטוח:</p>
<p>תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות.</p>	<p>שירותי בריאות נוספים (שב"ן):</p>
<p>תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה מתחילה במועד תחילת הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח ומתחדשת כל 12 חודשים.</p>	<p>שנת ביטוח:</p>
<p>התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כמועד תחילת הביטוח של המבוטח.</p>	<p>תאריך הצטרפות:</p>

1.10.2017

תאריך תחילת

ההסכם:

תקופת האכשרה:

תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.

גיל:

גיל המבוטח ייחשב על פי תאריך הלידה של המבוטח.

המדד היסודי:

המדד שפורסם ביום 15.9.17 והינו 12230 נק'.

גיל פרישה מוקדמת:

כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד - 2004.

גמלאי

מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה:

1. קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בד"ן 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.

2. פירוט הכיסויים והשירותים בביטוח:

- 2.1 השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לפוליסה זו.
- 2.2 תרופות שלא כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לפוליסה זו.
- 2.3 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - כמפורט בפרק ג' לפוליסה זו.
- 2.4 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כמפורט בפרק ד' 1 לפוליסה זו.
- 2.5 כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן כמפורט בפרק ד' 2 לפוליסה זו.
- 2.6 שירותים אמבולטוריים וכיסויים רפואיים נוספים וחוות דעת נוספת - כמפורט בפרק ה' לפוליסה זו. גבולות אחריות החברה הינה כמפורט בתנאי הפוליסה.

3. תקופת הביטוח

- 3.1 תקופת הביטוח הינה 5 שנים מתאריך 1.10.2017 ועד 30.9.2022.
- 3.2 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ - 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 3.3 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 3.4 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבוטח, כמפורט לעיל.

4. הצטרפות מבוטח לביטוח והפסקתו

4.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

4.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.

4.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

4.2 לא תצרפו החברה לביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

4.3 סעיפים 4.1 ו- 4.2 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל החברה או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

4.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

4.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

4.3.3 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:

- ניתוחים;
- תרופות;
- השתלות;

4.4 אופן ההצטרפות לביטוח

4.4.1 עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

לפוליסה זו יצורפו עובדים חדשים, תוך מאה ועשרים (120) ימים מיום תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות.

4.4.2 מבוטח שהצטרף לאחר מאה ועשרים (120) ימים, ההצטרפות לביטוח, תתבצע בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל מילוי הצהרת בריאות.

4.4.3 תינוק שייולד לעובד במהלך תקופת ההסכם יצורף לביטוח ללא צורך בהצהרת בריאות במהלך מאה ועשרים (120) ימים לאחר לידת התינוק.

4.4.4 בן/ת זוג חדשים של עובד קיים- בן/בת זוג שהתחתן עם עובד קיים יהיה זכאי להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות בתנאי שהצטרף לביטוח תוך מאה ועשרים (120) ימים ממועד הנישואין, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות ואישור ניכוי משכר העובד. בן/בת זוג שביקש להצטרף לביטוח לאחר מאה ועשרים (120) ימים מיום הנישואין יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ואישור ניכוי משכר העובד ולאחר שהחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

4.4.5 ההצטרפות לפי סעיף קטן זה תתאפשר בכפוף לאישור העובד לניכוי דמי הביטוח משכרו והוצאת דף פרטי הביטוח ע"י החברה.

4.4.6 הצטרפות מבוטחים קיימים בפוליסה הקודמת:

מבוטחים בפוליסה הקודמת במועד תחילת הביטוח ו/או מבוטחים שלהם ביטוח קבוצתי או ביטוח בריאות פרטי ביום כניסת פוליסה זו לתוקף יוכלו לעבור לביטוח זה על פי תנאיו, במועד תחילת הביטוח ו/או מועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה בכפוף להמצאת אסמכתא מתאימה, ברצף ביטוחי מלא וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקיימת שברשותם לבין פוליסה זו בכפוף להצגת הפוליסה ואישור תשלום הפרמיה ל-3 חודשים אחרונים. אם מולאה הצהרת בריאות ונעשה חיתום בפוליסה שממנה עוברים המבוטחים וישנן החרגות, יוסרו ההחרגות לאחר 12 חודשים מיום ההצטרפות המבוטח להסכם.

למבוטחים אלו יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם הפרטי והקבוצתי בהתאמה וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים כמון כן במקרה כזה לא תחול תקופת אכשרה במידה וקיימת בהסכם על הכיסויים החופפים.

4.4.7 ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לבוגר בתקופת הביטוח - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמייית תעריף בוגר בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה ולמבוטח ע"י חברת הביטוח.

5. תחילת תקופת הביטוח

5.1 תחילת ו/או תוקף הפוליסה לגבי כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המאוחר מבין הזמנים הבאים:

5.1.1 הראשון בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים וזאת בהודעה בכתב מבעל הפוליסה ו/או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.

5.1.2 יום כניסת הפוליסה לתוקף.

5.1.3 לגבי מבוטחים המצטרפים לביטוח עם הצהרת בריאות ותהליך חיתום, תאריך ההצטרפות לביטוח יהיה הראשון לחודש העוקב ליום קבלת אישור החברה המבטחת.

5.1.4 בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לתאריך מילוי טופס ההצטרפות.

5.2 תחילת הביטוח למבוטח שנדרש למלא הצהרת בריאות:

5.2.1 ביחס למועמד לביטוח הנדרש למלא הצהרת בריאות לעיל הפוליסה תכנס לתוקפה, באחד מהמועדים המפורטים להלן, המאוחר מבניהם:

5.2.1.1 מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות בחברת הביטוח.

5.2.1.2 המועד בו בוצע חיתום וקיבול על ידי המבטח.

5.2.1.3 מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי הקבלה לביטוח על-ידי המבוטח.

5.2.2 למרות האמור לעיל, מבוטח אשר יתקבל לביטוח בתנאים רגילים על סמך הצהרת בריאות שהגיש - מועד תחילת הביטוח לגביו יהיה מועד קבלת הצעת הביטוח, הכוללת את הצהרת הבריאות, אצל המבטח.

5.3 תום תקופת הביטוח:

5.3.1 תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו תהיה במועד המוקדם מבין המקרים הבאים:

5.3.1.1 הופסקה עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא, או הפסיק לקבל שכר אצל בעל הפוליסה למעט המקרה של פרישה לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת).

5.3.1.2 במקרה של עזיבת עובד בעל הפוליסה את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא למעט פרישה לגמלאות – הביטוח של אותו עובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב להודיע בכתב לחברה בגין כל עובד שנגרע על ידו מרשימת המבוטחים.

5.3.1.3 במקרה של גירושין של עובד בעל הפוליסה - הביטוח של בן/ת הזוג יסתיים אם העובד מילא וחתם על בקשה לגריעת בן/ת הזוג, וככל שהודעה כאמור התקבלה אצל החברה.

5.3.1.4 תום תקופת ההסכם עפ"י האמור בסעיף 3 לעיל.

5.3.1.5 פטירה חו"ח של המבוטח על אף האמור במקרה של פטירת המבוטח, בני משפחת העובד (הנפטר) ימשיכו להיות מבוטחים ולא יראו בכך תום תקופת הביטוח לגביהם.

5.4 ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסויים

5.4.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.3 והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו 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.

5.4.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.2 או בסעיף 8.1 ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח 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 המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

5.4.3 על אף האמור בסעיף 20.5, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, 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 המבוטח.

5.5 המשך התוכנית במקרה יציאה לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת) ו/או מקרה פטירת

העובד:

5.5.1 מבוטח שיצא לגמלאות (לרבות פרישה מוקדמת) ובני משפחתו המבוטחים וכן בני משפחה של מבוטח שנפטר, יוכלו להמשיך בפוליסה זו כל עוד הפוליסה הינה בתוקף, וזאת בתנאי שיודיעו תוך 90 יום על רצונם להמשיך בביטוח, יעבירו למבטח אמצעי גביה אישי לתשלום דמי הביטוח, כגמלאים/פורשים על פי הנקוב בפוליסה.

5.5.2 לחילופין יוכלו לרכוש פוליסה פרטית על פי סעיף 6 להלן.

6. המשכיות

6.1 החברה תאפשר למי שהיה מבוטח אצלה במסגרת פוליסה זו, לעבור לפוליסת פרט (להלן – "פוליסת המשך"), אצל המבטח, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת המשך, כאמור, יהיו נחותים יותר בתנאים שלהלן:

6.2 דמי הביטוח בפוליסת המשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל החברה;

6.3 במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

6.4 האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף זה, תינתן למי שהיה מבוטח בפוליסה זו לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן, ובלבד שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה הקבוצתית הקיימת במועד המעבר לפוליסת המשך

6.4.1 עזיבת העובד את בעל הפוליסה, ו/או פיטורין, סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלם מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית;

6.4.2 הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהמבוטחים;

6.4.3 גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

6.5 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל החברה ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח ויציין בה את זכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר ויזיע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 90 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

6.6 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

6.7 מבוטח שהצטרף לפוליסת המשך בהתאם לאמור בסעיף זה יהיה זכאי להנחה בגובה 25% ל- 5 שנים ולאחר מכן 10% לכל החיים מהתעריף הרשמי שיהיה נהוג באותה עת בביטוח הפרטי לכלל המבוטחים לכל תקופת הבטוח.

למען הסר ספק יובהר כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

7. דמי הביטוח

7.1 דמי הביטוח יהיו כדלהלן:

פרמיה עובדים

מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל
₪ 51	₪ 53	ילד של עובד עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)
₪ 142	₪ 149	18-40
₪ 158	₪ 165	41-49
₪ 180	₪ 189	50-54
₪ 244	₪ 255	55-67
₪ 473	₪ 495	+68

פרמיה גמלאים/פורשים

מסלול שב"ן	מסלול מלא	גיל
51 ₪	53 ₪	ילד של גמלאי/פורש עד גיל 28 (החל מילד שלישי ואילך חינם)
162 ₪	170 ₪	18-40
181 ₪	190 ₪	41-49
287 ₪	300 ₪	50-54
363 ₪	380 ₪	55-59
415 ₪	435 ₪	60-67
473 ₪	495 ₪	+68

- 7.2 דמי הביטוח בגין העובדים יועברו על ידי בעל הפוליסה במרוכז לחברה ב-15 כל חודש ויהיו צמודים למדד הבסיס הנקוב בסעיף 12 להלן.
- 7.3 הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו.
- 7.4 לא שולמה פרמיה במועדה בגין מי מהמבוטחים, תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה למבוטח זה בכפיפות להוראות הדין.
- 7.5 לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.
- 7.6 יובהר ויודגש כי תשלום דמי הביטוח אינו מהווה אסמכתא לקבלה לביטוח ואינה מקנה זכות לכיסוי ביטוחי. רק אישור מאת החברה בדבר קיום הכיסוי הביטוחי בדף פרטי הביטוח ישמש אסמכתא לקיום הכיסוי הביטוחי.

8. קביעת דמי הביטוח:

- 8.1 מבטח 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% 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"-
- 8.1.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 8.1.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 8.1.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 8.1.4 במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 8.1.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;
- על אף האמור בסעיף זה, המפקח רשאי לאשר לחברה כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

9. פיגורים בתשלומים

לא שולמו דמי הביטוח במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

10. התאמת פרמיה

10.1 המבטח יהא רשאי להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים, כל 24 חודשים במהלך תקופת הביטוח, לראשונה ביום 1.10.2019, לגבי יתרת תקופת ההסכם על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחה המפורטת להלן:

- פרמיה ברוטו: דמי הביטוח המשולמים על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים.
- הכנסות: 75% מפרמיה ברוטו .
- הוצאות:

תביעות משולמות: תביעות ששולמו בפועל במהלך התקופה.

תביעות תלויות: תביעות שאירעו במהלך התקופה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקן.

IBNR כפי שייקבע במועד ההתאמה בהתאם לחישובי החברה.

אם סך ההוצאות יהיה גדול מסך ההכנסות, דמי הביטוח ישתנו ביחס שבין ההוצאות להכנסות אך לא יותר מ-75%.

10.2 החברה מתחייבת להגיש לבעל הפוליסה את הנתונים האמורים לא יאוחר מ 90 יום לפני מועד ההתאמה.

10.3 מוסכם כי במידה ושיעור ההפסד יעלה על 75% ושני הצדדים לא יגיעו להסכמה בדבר עדכון גובה הפרמיה הנדרש ו/או עדכון הפוליסה על מנת להביאה לאיזון, תהיה לכל אחד מהצדדים זכות לבטל את ההסכם בהודעה של 120 יום מראש ולאחר שהצדדים מיצו את הדיונים ביניהם בנושא זה.

10.4 אם ולאחר מועד ההתאמה שיעור המבוטחים יקטן ב- 30% יהיה רשאי המבטח להפסיק את ההסכם בהודעה מוקדמת של 120 יום.

11. דיווחים ורשימות

11.1 לא יאוחר מ- 15 לכל חודש ימסור בעל הפוליסה לחברה רשימה בפורמט שיידרש ע"י המבטח, של כל המבוטחים שהצטרפו לביטוח, לרבות פרטים על מבוטחים שיכללו את שמותיהם, מספר תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, מין, תאריך הצטרפותם והפרמיה המשולמת בגינם. כמבוטחים יכללו אלה שקיבלו את אישור החברה בכתב לבטחם. כמו כן יעביר בעל הפוליסה את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב הפסקת עבודתם אצל בעל הפוליסה ו/או עקב בקשת ביטול הביטוח לחברה.

11.2 גריעת מבטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת או עקב טעות של בעל הפוליסה, בכפוף להצהרת בעל הפוליסה כאמור, לא תהווה ביטול פוליסה של אותו המבוטח ובלבד שהמבוטח שילם את דמי הביטוח במלואם.

12. תנאי הצמדה

12.1 כל הסכומים המופיעים בפוליסה ובנספחים/פרקים המצורפים לה יהיו צמודים למדד הבסיסי שיפורסם ב 15.9.2017 .

12.2 חישוב הצמדה יהיה כיחס שבין המדד החדש ובין המדד הבסיסי. המדד החדש יהיה המדד האחרון הידוע בראשון לכל חודש שבו מבוצע התשלום.

13. תגמולי ביטוח

13.1 החברה תהא רשאית על-פי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות או לשלם למבוטח. המבוטח יהיה זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו כתב

התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת השירות הרפואי ובלבד שזכאותו על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

13.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם המבטח או לחילופין תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪ המבטח יאפשר למבוטח לבחור האם ברצונו שהתשלום לספק השירות יעשה על ידי המבטח בין אם באופן ישיר ובין אם באמצעות המחאה לפקודת ספק השירות.

13.3 החברה תשפה את המבוטח אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות ספק השירות לטיפולים עתידיים.

13.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, במידה ובהתאם לתנאי הפוליסה הם כלולים בכיסוי הביטוחי שנרכש, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

13.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל, שיהיה נהוג בבנק לאומי בע"מ ביום הכנת התשלום על-ידי החברה.

13.6 נפטר המבוטח, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה, במידה וקיימת יתרה כאמור, לגורם כלפיו התחייבה החברה לשלם ובהעדר התחייבות לשלם כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על-פי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על-פי צו ירושה או צו קיום צוואה.

13.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח או סכום השיפוי המרבי המצוין בכל פרק/נספח מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.

13.8 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק/נספחי הפוליסה, לפי העניין.

14. כפל ביטוח ו/או מקרה ביטוח המכוסה על-ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי

14.1 היתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה את תגמולי הביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהאדם השלישי שיפוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהאדם השלישי שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור.

14.2 החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה הביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין בחברה ובין בחברת ביטוח אחרת.

14.3 במקרה בו תגמולי הביטוח 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.

15. הגשת תביעות

15.1 ארע מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב, לפי העניין ("מגיש התביעה"), להודיע לחברה מיד לאחר שנודע לו על כך.

15.2 מגיש התביעה ימסור לחברה תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ויצורפו כל המסמכים הרפואיים והאחרים, הרלוונטיים, שהחברה דורשת לשם בירור התביעה ו/או חבותה לרבות אלה המוכיחים את תאריך לידתו וכן ימלא אחר כל הדרישות האחרות והנוספות המפורטות בפרקי/נספחיה הפוליסה, לפי הענין, הכל כמפורט בכל אחד מפרקי/נספחי הפוליסה, לפי הענין, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

15.3 לא קוימה החובה לפי סעיפים 15.1-15.2 לעיל במועדה, וקיומה היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה, אין החברה בתגמולי הביטוח על-פי פוליסה זו, אלא במידה שהייתה חבה בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

15.3.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

15.3.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהחברה את בירור חבותה או להכביד עליה, אין החברה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח אלא במידה שהייתה חייבת בו אילו נעשה אותו דבר.

15.4 מובהר כי במסגרת בירור החבות לרבות זכאות המבוטח להמשך תגמולי הביטוח, עומדת לחברה הזכות לנהל על חשבונה כל חקירה באופן סביר לרבות בדיקת המבוטח על-ידי רופאים ו/או לביצוע בדיקות רפואיות שיידרשו על-ידה והמבוטח מתחייב לעמוד לבדיקות אלו, ככל שיידרש הימנו על-ידי החברה. ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות הענין ועל חשבון המבטח. מובהר כי בעל עת יוכל המבוטח לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית משפט.

15.5 מגיש התביעה ימסור לחברה כתב ויתור על סודיות רפואית של המבוטח המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ או בחו"ל להעביר לחברה כל מידע רפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח. כתב ויתור על סודיות רפואית ישמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות על-פי הפוליסה.

15.6 מגיש התביעה יהיה חייב להציג לחברה כל מסמך או מידע בענין מצבו הרפואי של המבוטח וכן לעזור לחברה להשיג כל מסמך או מידע שאינם ברשותה.

15.7 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכמם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.

15.8 החברה תשפה את המבוטח תמורת קבלות וחשבוניות. המבוטח רשאי להגיש לחברה העתקי המסמכים גם באופן דיגיטאלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

15.9 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

15.9.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

15.9.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

16. חובת גילוי

במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

17. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

17.1 בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החיל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.

17.2 המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.

17.3 בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

17.4 אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מהחריגים המפורטים בפוליסה וסעיף זה כפוף בכל מקרה לחריגים אלו.

18. מסיים והיטלים

המבוטח יישא בתשלום כל המיסים וההיטלים הממשלתיים והאחרים החלים על דמי ביטוח (פרמיות), ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלם לפי הפוליסה, למעט בכל ההוצאות הקשורות בהמרה למטבע חוץ והעברתו לחו"ל שהחברה חייבת לשלם על-פי פוליסה זו, במקרה של כיסוי לפרוצדורות שמשולמות במטבע זר במועד תשלום תגמולי הביטוח. האמור בסעיף זה יחול בין אם המסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור לעיל, קיימים ביום תחילת הביטוח ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.

19. מתן מסמכים למבוטחים

19.1 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.

19.2 על אף האמור בסעיף 19.1, 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 ויצ"ן-

19.2.1 כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

19.2.2 את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

19.2.3 את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

19.3 בנוסף לאמור בסעיף 19.1 לעיל, החברה תשלח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מחוזה הביטוח שבין החברה לבין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה אצלה בקשת המבוטח. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם ישלח המבטח למבוטח לפי דרישתו העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לענין גובה דמי הביטוח התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

20. מתן הודעות למבוטח

20.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל

בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

20.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבוטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

20.3 חודשה הפוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטוח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבוטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

20.4 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את הזכות המשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

20.5 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט- 2009 ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 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 המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

20.6 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח 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.

21. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

21.1 בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל הפוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

21.2 בעל הפוליסה ימסור לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי הדין ולפי הפוליסה ובכלל זה מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא- 30 יום מראש.

21.3 בעל פוליסה מתחייב להודיע לחברה עם ביטול קיום זיקה בינו לבין מבוטח ואשר בגינה רשאי היה להתקשר בביטוח הקבוצתי, וזאת באופן מיידי מהמועד בו יודע לו לראשונה על הכוונה להפסיק הזיקה או הפסקתה בפועל- המוקדם מבניהם.

22. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

23. מקום השיפוט וברירת דין

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בבתי המשפט בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

24. כללי

24.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - יעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר יעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

24.2 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל :

24.3 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

24.4 כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזריו. כמו כן, לא יעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

חריגים:

25. סייג/חריג מצב רפואי קודם

25.1 החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

25.2 מצב רפואי קודם משמעו – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו אצל כל מבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.

25.3 לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב- 6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח של כל מבוטח.

25.4 חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

25.4.1 לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.

25.4.2 לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח – למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.

25.5 על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

25.6 על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את מצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

25.7 פטור המבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 25 ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי

הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יווספו הפרשי הצמדה.

26. חריגים כלליים נוספים :

סעיף זה מונה חריגים החלים על כל אחד מפרקי הכיסוי הביטוחי המפורטים בפרקים'בנספחים לפוליסה זו, וזאת בנוסף להוראות ו/או החריגים המיוחדים המפורטים בכל פרק/נספח כאמור. למען הסר ספק יובהר כי חריגים אלו לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל, בגינו יחולו ההוראות והחריגים הקבועים באותו הפרק

החברה לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי ביטוח זה כל תביעה, כולה או מקצתה, הקשורה במישרין או בעקיפין ו/או הנובעת ו/או הקשורה ב: (רשימה מקסימלית)

26.1 מקרה הביטוח ארע לפני מועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.

26.2 מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה אם קיימת למבוטחים חדשים

26.3 מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.

26.4 טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות לרבות תרופות או טיפולים אלטרנטיביים.

26.5 מקרה הביטוח ארע במהלך שירות צבאי של המבוטח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או השתתפות בפעילות משטרתית.

26.6 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח היה שפוי ובין אם לאו.

26.7 פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני כימי או ביולוגי) ביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי קרינת רנטגן או קרינה מיינת תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.

26.8 טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או טיפולי שיניים למיניהם.

27. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם:

27.1 מובהר ומוסכם בזאת, כי בחירת הרופא המטפל, בית החולים בו יבוצע הניתוח, כל ספק שירות רפואי אחר או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה זו, נעשים על-ידי המבוטח והחברה איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או כל מעשה ו/או מחדל של נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או למוצרים ו/או לטיפולים האחרים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על-ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או לכל נזק שייגרם על-ידם.

27.2 האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום על-ידי החברה ו/או על-ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

28. ברות ביטוח

מבוטחים אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום ברצף, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה כדלקמן:

28.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.

28.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר הייתה משולמת על ידו אם היה מבוטח רגיל.

28.3 יובהר כי במהלך תקופת ברות הביטוח ישולמו דמי הביטוח ע"י המבוטח ישירות לחברה.

28.4 עם שובו של המבוטח להתגורר בישראל, יוכל לשוב ולהצטרף לפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי שיודיע לחברת הביטוח על חזרתו לארץ ורצונו לחזור ולהצטרף

לפוליסה בהיקף כסויים מלא. ובתשלום הפרמיה במלואה. כל זאת עד 90 יום מיום חזרתו לארץ.

28.5 תקופת ברות הביטוח – תסתיים עם סיום הפוליסה.

28.6 הודעות למבוטחים – במהלך תקופת ברות הביטוח תשלחנה הודעות למבוטח עפ"י הכתובת האחרונה בישראל עליה הודיע המבוטח לחברה. לא תשלחנה הודעות לכתובות בחו"ל.

28.7 לצורך הפעלת ברות הביטוח על המבוטח להודיע לחברה בכתב, ובצירוף מסמכים המעידים על עזיבת הארץ לתקופה העולה על 90 יום.

29. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

29.1 כל הכסויים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, עם חזרתו לישראל ובכפוף לה, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

30. בירור חלוקי דיעות בנושאים רפואיים

נדחתה מנימוקים רפואיים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח עלפי הפוליסה יהיה המבוטח זכאי לערער על הדחייה בפני ועדת ערער המבוטח יהיה מיוצג על ידי נציג הסוכנות וכמו כן רשאי להיות מיוצג בפני ועדת ערער ע"י רופא מטעמו, להגיש חוות דעת רפואית ומסמכים כפי שימצא לנכון, במידה ויתבקש ע"י הועדה להמציא מסמכים רפואיים נוספים תישא חברת הביטוח בעלויות המצאת מסמכים אלה והכנתם. ועדת הערר תכלול נציג מטעם בעל הפוליסה והחברה. לא הגיעה ועדת הערר להחלטה יועבר המקרה לרופא בר סמכא בתחום הרפואי הרלבנטי אשר ימונה על ידי הצדדים בהסכמה.

פרק א' - השתלות בישראל ובחול"ל ולטיפולים מיוחדים בחול"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצדם:

השתלה	<p>השתלה - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או שגודלו או פותחו באמצעים טכנולוגיים אחרים. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.</p> <p>ההגדרות שלעיל כפופות לתנאים המצטברים הבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני. 2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות. 3. רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע את הצורך בבצוע ההשתלה וההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה נמצא אותו בית חולים 4. בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצע ההשתלה יבחן המבוטח מראש אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה, מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור הסחר באיברים.
חוק השתלת איברים	חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008
המרכז הלאומי להשתלות	יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
טיפול מיוחד בחול"ל	<p>טיפול מיוחד בחול"ל - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחול"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל. 2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחול"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל. 3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחול"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל. 4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה. 5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים. 6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%. 7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים. הטיפול המיוחד בחול"ל ייעשה עלפי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע. לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחול"ל טיפול ניסיוני או טיפול לא קונבנציונלי.

2. מקרה הביטוח :

2.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, על-פי הוראות פרק זה, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, ובתנאי שיתקיימו גם כל התנאים הבאים:

2.1.1. **לגבי השתלה**: מקרה הביטוח ייחשב ככזה אם התקיימו לגביו גם כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

2.1.1.1. רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

2.1.1.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על-ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה תבוצע ההשתלה.

2.1.1.3. ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים.

2.1.2. **לגבי טיפול מיוחד בחו"ל**: מקרה הביטוח ייחשב ככזה אם התקיימו לגביו גם כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

2.1.2.1. רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח לפחות 1 מהתנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד בחו"ל, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

2.1.2.2. הטיפול המיוחד יבוצע בחו"ל בבית חולים מוכר ומורשה על-ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה יבוצע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.1.2.3. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על-פי אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה מבוצע הטיפול המיוחד.

2.2. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן המבוטח, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת על-ידי רופא מומחה, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

2.3. מובהר בזאת כי השתלה חוזרת או טיפול מיוחד בחו"ל חוזר אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח יידרשו בעקבות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל שבוצעו לאור מקרה ביטוח, ייחשבו כחלק מאותו מקרה ביטוח.

3. תנאי מהותי להתחייבויות החברה על-פי פרק זה

3.1. בהיודע למבוטח על הצורך בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על-פי פרק זה, יודיע המבוטח על כך בכתב לחברה ויקבל את אישורה מראש ובכתב לחבות החברה ולזכויות המבוטח על פי הפוליסה ופרק זה. על המבוטח למסור לחברה את כל הפרטים והמסמכים הנדרשים במקרה של הגשת תביעות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם, והכל כמפורט בתנאים הכלליים ובפרק זה.

3.2. קבלת אישור החברה מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על-פי פרק זה. החברה תעשה את מירב המאמצים על מנת לתת את האישור בזמן הקצר ביותר.

3.3. לא קוימה החובה לפי סעיפים 3.1-3.2 לעיל או לא קוימה במועדה, וקוימה היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה ו/או לגרום להפחתה בסכום תגמולי הבטוח, אין החברה חבה בתגמולי הבטוח על פי הוראות פרק זה אלא במידה שהייתה חבה בהם ו/או עד לגובה הסכום שהייתה משלמת החברה אילו קוימה החובה ו/או קוימה במועדה.

3.4. הוראות סעיף 3.3 לעיל לא יחולו בכל אחד מאלה:

3.4.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

3.4.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מן החברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

3.5. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן החברה את בירור חבותה או להכביד עליה, אין החברה חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חבה בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

3.6. הוראות מיוחדות לעניין ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל:

פרק זה, מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים ובין היתר תבחן החברה האם התקיימו גם התנאים המצטברים להלן:

3.6.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

3.6.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

4. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

4.1. בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל ("ההוצאות המוכרות"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בפרק זה בגין כל מרכיב של ההוצאות המוכרות, ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות פרק זה:

ואלה ההוצאות המוכרות:

4.1.1. כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע השתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק לה המבוטח לפני ביצוע השתלה ולרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה עד לסך של 500,000 ₪.

4.1.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפולים הרפואיים שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.1.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה ו/או טיפולים אחרים שידרשו ע"י הרופאים המטפלים.

4.1.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז.

4.1.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז.

4.1.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

4.1.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע השתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

- 4.2. הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 4.1:
- 4.2.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושגל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם – עד לסך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 4.2.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושגל שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד לסך של 120,000 ₪.
- 4.2.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם – עד סך של 1,000,000 ₪.
- 4.2.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, וחזרה לארץ לאחר ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 35,000 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 4.2.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 120,000 ₪; במקרה הצורך בהטסה רפואית בחזרה לישראל יוכפל הסכום.
- 4.2.6. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך של 1200 ₪ ליום. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 500,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.
- 4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או ליעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 250,000 ₪.
- 4.2.8. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י הסכם זה, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד סך של 215,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 4.2.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך של 20,000 ₪.
- 4.2.10. תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לסך של 215,000 ₪.
- 4.2.11. התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל. על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.

5. סכום שיפוי מירבי

לעניין השתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם – שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולי המוסכמים ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבוטח עד תקרה מרבית עד 6,500,000 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבוטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה עלפי דין וכי התקיימו הוראות חוק האיברים להשתלת איברים התשס"ח 2008.

לטיפול מיוחד בחו"ל – הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם לא יעלה על סכום הביטוח המרבי 800,000 ₪ למקרה.

6. גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל

בוצעה במבוטח השתלה, למעט השתלת קרנית, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חודשי בסך של 7,000 ₪ או 5,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות וזאת למשך תקופה מרבית של 24 חודש החל מתום החודש שבה בוצעה ההשתלה בפועל במקרה מות המבוטח תשלום יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח.

7. מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:

7.1. סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1 לעיל (לא כולל השתלת מח עצמים עצמית ו/או השתלת תאי גזע ו/או השתלת קרנית).

7.2. סכום הביטוח הינו 350,000 ₪.

7.3. תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצע ההשתלה או במקרה והמבוטח אינו יכול להירשם במרכז הלאומי להשתלות, בכפוף למכתב מרופא מטעם המבוטח המעיד על הצורך בהשתלה, ובטרם ביצוע ההשתלה.

7.4. הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, היא בדרך של שיפוי עבור הוצאות או פיצוי עפ"י סעיף זה, עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

8. טיפול ניסיוני בחו"ל

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

8.1.1. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה במחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת עסקים

8.1.2. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה.

8.1.3. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין - שני מלווים, עד 60 יום.

8.1.4. סכום ההוצאות המרבי על פי סעיפים 8.1.1-8.1.3 לעיל יהיה עד 150,000 ₪ למקרה.

8.1.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ובחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה ההוצאות בסעיף זה יהיו עד לסכום מרבי של 120,000 ₪ למקרה.

9. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה. למען הסר ספק מובהר בזאת כי במידה ומקרה הביטוח, מצבו הרפואי של המבוטח המחייב בצוע השתלה בחול או טיפול מיוחד בחול, נובע מאירוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו. לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ב' - ביטוח תרופות מיוחדות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

מוסד המורשה על-פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.	בית מרקחת
ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).	המדינות המוכרות
נטילת תרופה על-פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.	טיפול תרופתי
נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.	מחלת הסרטן
מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה בישראל, או רופא בית חולים בישראל, לפי בחירת המבוטח, הנושא תאריך שחל בתקופת הביטוח על-פי פרק זה, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קובע את אופן השימוש בתרופה, את המינון הנדרש ואת משך זמן הטיפול התרופתי הנדרש. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד שלושה חודשים לכל היותר.	מרשם
גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.	סכום שיפוי מרבי
רופא המועסק על-ידי בית חולים בישראל בתחום הרלוונטי לקביעת הטיפול התרופתי הנדרש במצבו הרפואי של המבוטח.	רופא בית חולים
רופא אשר הוכר כמומחה על-ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.	רופא מומחה
הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות ליתן רישיון ו/או היתר לשיווק תרופות חדשות על פי הדין החל באותה המדינה.	הרשות המוסמכת
תרופה – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר. הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות. למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, היא רופא מטעם המבוטח.	תרופה
תרופה אשר לא אושרה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל ועל-ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת לטיפול במבוטח ולמעט תרופה שהוגדרה כ- OFF LABEL.	תרופה ניסיונית
תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.	תקופת התגמול

השתתפות עצמית למרשם	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
סל שירותי הבריאות	מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
מחיר מרבי מאושר	הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה. ו/או הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
בית מרקחת	מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
רופא בית חולים	רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
תכשיר מזון רפואי	תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית.
ויטמינים	תרכובת כימית אורגנית שאינה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.
IND – Investigational New Drug	תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.

2. מקרה הביטוח:

2.1.1 מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, אשר מחייב את המבוטח, על-פי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, להיזקק לטיפול תרופתי, וזאת לאחר מועד תחילת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, באמצעות אחת מהתרופות המנויות בסעיף זה להלן, ובכפיפות לתנאים המפורטים בפרק זה;

ואלה התרופות:

2.1.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על-פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי שההתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.1.3 תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שהוגדרה כ- OFF LABEL

תרופה שאושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת 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:

2.1.1.3.1 פרסומי ה-FDA.

2.1.1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information.

2.1.3.3 .US Pharmacopoeia-Drug Information

2.1.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים **במצטבר**, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

2.1.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa .

2.1.3.4.2 חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B.

2.1.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa .

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

2.1.3.5.1 .NCCN

2.1.3.5.2 .ASCO

2.1.3.5.3 .NICE

2.1.3.5.4 .ESMO Minimal Recommendation

2.1.4 תרופה יתומה

2.1.4.1 תרופה שלא בסל הבריאות לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.4.2 נמצא באבחון המולקולארי של הגידול כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים 2.1.1-2.1.3 לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו, וזאת עד 500,000 ₪ .

2.1.4.3 תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי המכוסה על פי תנאי הפוליסה ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח.

2.1.4.4 טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 100,000 ₪.

3. תנאי מהותי להתחייבויות החברה על פי פרק זה:

3.1 בהיודע למבוטח על הצורך בטיפול תרופתי בתרופה, המכוסה על-פי פרק זה, יודיע המבוטח על כך בכתב לחברה ויקבל את **אישורה מראש ובכתב לחבות החברה ולזכויות המבוטח עלפי הפוליסה ופרק זה**. על המבוטח למסור לחברה את כל הפרטים והמסמכים הנדרשים במקרה של הגשת תביעות, כמפורט בתנאים הכלליים ובפרק זה.

3.2 בנוסף לאמור לעיל, במהלך הטיפול התרופתי, לצורך כיסוי המינון הנדרש בכל פעם, יפנה המבוטח לקבלת אישור החברה מראש ובכתב בגין כל מרשם כאמור.

3.3 **לא קוימה החובה הנזכרת בסעיפים 3.1-3.2 ו/או לא קוימה במועדה וקוימה יכול היה מאפשר לחברה להקטין את חבותה ו/או לגרום להפחתה בסכום תגמולי הבטוח, אין החברה חבה בתגמולי הבטוח אלא במידה שהייתה חבה בהם לו קוימה החובה ו/או לו קוימה במועדה.**

4. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

- 4.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות /או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.2 יובהר כי המבוטח רשאי להגיש לחברה העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.
- 4.2. השתתפות עצמית- החברה תשלם תגמולי ביטוח אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-400 לכלל המרשמים לחודש. על אף האמור לעיל, בגין תרופות למחלת הסרטן וכן בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.
- 4.3. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 4.4. סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד לסך של 2,500,000 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים ובשנה הרביעית יתחדש סכום ביטוח זה בתוספת הצמדה ליתרת תקופת הביטוח.
- 4.5. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד סך של 300 ₪ ליום ועד 60 ימי טיפול, לכל מקרה.
- 4.6. קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

5. חריגים מיוחדים

- בנוסף, לחריגים הכלולים בתנאים בכלליים של הפוליסה, החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על-פי פרק זה, גם במקרים הבאים:
- 5.1 תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים למיניהן.
- 5.2 תרופות למטרות מחקר
- 5.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה.
- 5.4 תרופה ניסיונית.
- 5.5 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
- 5.6 גמילה מעישון והפחתת משקל.
- 5.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

מובהר בזאת כי במידה ומקרה הביטוח, מצבו הרפואי של המבוטח המחייב עפי הוראת רופא מומחה או רופא בית החולים להיזקק לטיפול תרופתי, נובע מאירוע תאונתי, לא תחול תקופת אכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **ניתוח** - כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ביופסיות מכל סוג שהוא, קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. ניתוח לפרוסקופי, לרבות אך לא רק ניתוח רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'י. ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

* למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004' הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח שהומלץ למבוטח לעבור ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח המבוצע בישראל.

1.3 **"נותן הטיפול החלופי"** - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל.

1.4 **"נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי"** - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל ישירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

1.5 **"תיאום ניתוח"** - התקשרות וסידורים מנהלתיים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו' ייעשו ישירות על ידי החברה.

1.6 **"בית חולים בחו"ל"** - מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.7 **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וכי ההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע ניתוח בחו"ל ו/או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

מקרה הביטוח של טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ייחשב ככזה בתנאי שהתקיימו לגביו התנאים המפורטים להלן במצטבר:

3.1 רופא מומחה בישראל, קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

3.2 הטיפול מחליף הניתוח בוצע על-ידי נותן טיפול מחליף ניתוח בחו"ל.

3.3 הטיפול מחליף הניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף הניתוח על-פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.

4. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח, בבית חולים בחו"ל, או תשלמו במישרין לנותן השירות בחו"ל, והכל עד סכום השיפוי המרבי כמפורט להלן, וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל הינם:

4.1 שכר מנתח או נותן טיפול מחליף- הוצאות שכר המנתח או נותן הטיפול המחליף בחו"ל.

4.2 שכר מרדים - הוצאות שכר המרדים בחו"ל.

4.3 הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז - הוצאות חדר ניתוח ואשפוז כאמור להלן, בבית חולים בחו"ל. הכיסוי להוצאות אשפוז הינו בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות החל מיום האשפוז שקדם ליום הניתוח ועד לשחרור המבוטח מבית החולים. הוצאות אשפוז על פי סעיף זה כוללות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז וכן תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הניתוח, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח.

4.4 שתל בניתוח: הוצאות שתל בניתוח שהושטל במבוטח במהלך ניתוח.

4.5 בדיקה פתולוגית - החברה תשלם לבית החולים בחו"ל הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, שבוצעה על-ידי מומחה לפתולוגיה.

4.6 סכום השיפוי המרבי:

סכום השיפוי המרבי לכיסוי סך כל ההוצאות בגין השירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 4.1-

4.5 הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל כמפורט לעיל, הינו כדלהלן:

4.6.1 במקרה בו תיאום ביצוע הניתוח בחו"ל בוצע על-ידי החברה כאמור להלן, תשפה החברה את המבוטח בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות בחו"ל.

4.6.2 במקרה בו ביצוע הניתוח בחו"ל לא תואם עם החברה כאמור להלן, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על-ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, אולם תגמולי הביטוח שישולמו על ידי החברה בגין סך כל ההוצאות שהוצאו בגין השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הניתוח בחו"ל, לא יעלו על 250% מהסכום הקבוע עבור ניתוח שבוצע במבוטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה, אך לא יותר מהסכום ששילם המבוטח בפועל.

4.6.3 במקרה בו הניתוח שבוצע במבוטח איננו מפורסם באתר האינטרנט, סכום השיפוי המרבי, יהיה סכום השיפוי המרבי בגין ניתוח דומה המופיע באתר, בהתאם לקביעת רופא החברה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים. במקרה של חילוקי דעות בין הרופא המומחה מטעם המבוטח לבין רופא החברה בעניין קביעת סוג הניתוח הדומה לסוג הניתוח שבוצע במבוטח, ימונה על ידם רופא מומחה מוסכם אשר יכריע בעניין.

מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

תיאום ביצוע הניתוח בחו"ל כאמור בפרק זה משמעו: מקרה בו ההתקשרות עם נותני השירות בחו"ל ו/או הסידורים האדמיניסטרטיביים עם נותני השירות בחו"ל בקשר לניתוח בחו"ל של המבוטח, לרבות קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים, קביעת מועד ביצוע הניתוח וכדומה, יבוצעו ישירות ובלעדית על ידי החברה.

4.7 סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף הניתוח שבוצע בחו"ל :

בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במבוטח, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על-ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים המפורטים בפרק זה לעיל עד סכום הביטוח המרבי המפורט להלן:

4.7.1 שכר נותן טיפול מחליף ניתוח – עד 250% משכר "מנתח אחר", בגין הניתוח, שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

4.7.2 הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח – עד 250% מהסכום שהיה משולם ל"בית חולים אחר" בגין הניתוח שהטיפול מחליף ניתוח בא להחליפו, אם הניתוח היה מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

4.7.3 במקרה בו באתר האינטרנט של החברה זה לא מופיע הניתוח כאמור, הוצאות עלות הניתוח בישראל על פי סעיף קטן זה תהיינה עד הסכום המתפרסם באתר האינטרנט של החברה בגין ניתוח דומה, על פי תנאי ביטוח ניתוח, בהתאם לקביעת רופא החברה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

4.8 תגמולי ביטוח נוספים בגין מקרה הביטוח (הוצאות בגין שירותים נוספים)

4.8.1 העברות מבוטח ומלווה

הוצאות נסיעה יבשתיות סבירות של המבוטח ומלווה, משדה התעופה לבית החולים בחו"ל וחזרה.

4.8.2 הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות ההטסה הרפואית, "הטסה רפואית" משמעותה – הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל-פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.

4.8.3 הוצאות הטסה גופה

הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח, אם נפטר המבוטח חו"ל בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 30 ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

4.8.4 כרטיס טיסה

הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ושל מלווה אחד, מישראל לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל וחזרתו ארצה לאחר ביצועו. במקרה בו המבוטח הינו קטין תשפה החברה הוצאות רכישת כרטיס טיסה כאמור עבור שני מלווים.

4.8.5 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסכום חד פעמי בסך 100,000 ₪ בגין הוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום הביטוח החד פעמי יעלה ל-150,000 ₪.

למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון, אך לא רק; הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).

4.8.6 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל

הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן יהא להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 200,000 ₪. יובהר כי הוצאות אלו כוללות רק את הוצאות הטסת המומחה ושהותו בישראל.

4.8.7 ביטוח נסיעות לחו"ל למלווה

יצא עם המבוטח מלווה לחו"ל, יהיה זכאי המלווה להנחה ברכישת ביטוח נסיעות לחו"ל של החברה, בשיעור של 35% מתעריף הביטוח שיהיה נהוג באותה העת לכלל המבוטחים, ובלבד שהמלווה התקבל לביטוח נסיעות לחו"ל על ידי החברה, בהסתמך על כללי החיתום הנהוגים בה באותה העת.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

5.1 כמותרפיה רדיותרפיה, דיאליזה לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

5.2 טיפולי רפואה משלימה מכל סוג שהוא לרבות טיפולים הומאופתיים, אוקופנקטורה והיפותרמיה

5.3 טיפולים פארא רפואיים כגון פיזיותרפיה הידרותרפיה, רפוי בעיסוק וכדומה.

5.4 הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

5.5 בדיקות/בדיקות מעבדה/רנטגן/הקרנות/טיפול הפותרמי/בדיקות הריון/עוברים/בדיקות הדמיה כאשר אינן חלק מתהליך ניתוח או אשפוז לצורך ניתוח

6. החברה אינה אחראית לטיפול ולתוצאותיו

בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאים הכלליים של הפוליסה, למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת, כי החלטת המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח ובחירת נותן השירות לטיפול מחליף ניתוח הינה של המבוטח בלבד ולחברה לא תהיה כל אחריות בגינה.

החברה לא תהיה אחראית לכל נזק אשר ייגרם למבוטח עקב החלטתו ובחירתו של המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו. כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה ואופן לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו בנותני השירות לטיפול מחליף ניתוח, בין אם הם נותני שירות שבהסכם ובין אם הם נותני שירות שלא בהסכם.

7. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

במקרה ביטוח הקשור בהריון ו/או לידה ו/או ניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון מסיבה רפואית, תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים .
מובהר כי במידה ומקרה הביטוח, ביצוע ניתוח בחול ו/או טיפול מחליף ניתוח בחול , נובע מארוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.
לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ד' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - פוליסה אחידה

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצדם:

בית חולים פרטי	אחד מאלה (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013 (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
התייעצות	התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;
טיפול מחליף ניתוח	טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
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.
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.
קופת חולים	כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994
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.
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
תקופת אכשרה	תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכח הפוליסה תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה את ההוצאות המוכרות לספק השירות בכפוף להוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

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 לגביו נערכה 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. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.5. תקופת אכשרה

3.5.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 60 ימים.

3.5.2. על אף האמור בסעיף 3.5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

4.1. אופן תשלום תגמולי ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל:

בוצעה התייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות התייעצות במלואה.

בוצעה התייעצות ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות התייעצות עד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות

4.2. אופן תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח של ניתוח המבוצע בישראל

בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 לעיל, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם.

המבוטח לא זכאי לקבלת החזר הוצאות ו/או שיפוי בגין ההוצאות המוכרות, למעט באחד המקרים הבאים:

4.2.1. החזר הוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה.

להלן: ("רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").

החזר הוצאות שכר רופא המנתח שברשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר ישולמו למבוטח עד התקרה לשכר מנתח הנקובה באתר האינטרנט של החברה, עבור אותו הניתוח.

4.2.2 החזר השתתפות עצמית ששילם המבוטח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.

4.3 אופן תשלום התביעה בקרות מקרה ביטוח של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל:

4.3.1 בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם – תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם.

4.3.2 בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר – תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי פרק זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו. על פרק זה לא יחולו החריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובמקומם יבואו החריגים המפורטים להלן

5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

5.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח 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 המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

5.6 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"; "כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

5.7 מקרה הביטוח אירע במהלך שירות צבאי של המבוטח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי ו/או השתתפות בפעילות משטרתית.

5.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) הוראות לעניין מצב רפואי קודם התשס"ד 2004.

6. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

6.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 60 ימים למעט במקרה של אירוע תאונתי.

6.2. על אף האמור בסעיף 6.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

מובהר כי במידה ומקרה הביטוח, ביצוע ניתוח בחול ו/או טיפול מחליף ניתוח בחול, נובע מאירוע תאונתי לא תחול תקופת האכשרה לגביו.

לא תחול תקופת אכשרה, על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

פרק ד' 2 - ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

<p>בית חולים פרטי</p>	<p>אחד מאלה 1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3 ; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014 (התשע"ג-2013). 2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>
<p>התייעצות</p>	<p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;</p>
<p>טיפול מחליף ניתוח</p>	<p>טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לבצוע ניתוח, אשר עלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.</p>
<p>מרפאה כירורגית פרטית</p>	<p>מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.</p>
<p>ניתוח</p>	<p>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.</p>
<p>קופת חולים</p>	<p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994</p>
<p>רופא מומחה</p>	<p>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>
<p>שתל</p>	<p>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 ;</p>
<p>תקופת אכשרה בשב"ן</p>	<p>תקופת אכשרה או תקופת המתנה בהתאם לתנאים כקבוע בתכנית השב"ן.</p>
<p>תכנית השב"ן</p>	<p>תכנית השב"ן של המבוטח עליה הצהיר המבוטח בהצעת הביטוח או לאחר מכן, בהודעה בכתב לחברה.</p>

2. מקרה הביטוח:

2.1. מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.3.2 להלן.

- 2.2. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3. הכיסוי הביטוחי בנספח זה הינו רובד משלים לתוכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות של קופת החולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתוכנית השב"ן בה חבר המבוטח.
- 2.4. בהתחשב עם האמור לעיל פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על-פי נספח זה הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בנספח זה.
- 2.5. המבוטח מתחייב לפעול למימוש מלוא זכויותיו בתוכנית השב"ן בגין מקרה הביטוח וישתף פעולה עם החברה המבטחת, ככל שנדרש וכן יודיע לחברה המבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת החולים הרלוונטית לביורור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח :

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן ("**ההוצאות המוכרות**"), או תשלם במישרין את ההוצאות המוכרות לספק השירות, והכל עד סכום השיפוי המרבי הנקוב בסעיף 4 להלן, בכפוף להוראות נספח זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

- 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 לגביו נערכה 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, למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. סכום הביטוח המירבי

- 4.1. המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח על-פי תוכנית זו בגין ההוצאות המוכרות רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו.
- 4.2. במקרים בהם תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות בשל "נסיבות אישיות", יהיה המבוטח זכאי לתגמולי הביטוח רק מעבר למלוא הזכויות שהיו משולמות במקרה של מימון ההוצאות במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר.
- במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן שברשותו בגין אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח. אם לא יומצא לחברה ע"י המבוטח אישור כאמור, קביעת גובה סכום השתתפות כאמור, אשר רק מעבר אליה תישא החברה בתשלום תגמולי הביטוח, תהיה לפי קביעת החברה על-פי מידע שברשותה.

"נסיבות אישיות" – נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון פיגור או אי תשלום דמי חבר לתכנית השב"ן או ביטול השב"ן)

4.3. במקרה של דחיה כללית בתכנית השב"ן וכן מקרים של מבוטח שהינו בשירות סדיר, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין ההוצאות המוכרות על פי המפורט להלן:

4.3.1. בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם תישא החברה בעלות ההוצאות המפורטות בסעיפים 3.2-3.4 במלואם.

4.3.2. בוצע ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר – לא זכאי המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו. על אף האמור לעיל, זכאי המבוטח להוצאות שכר רופא מנתח ששמו רשום במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, ברשימה רופאים מומחים בתחומים ייחודיים או באזורים גאוגרפיים, שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים, כפי שאושרה ע"י משרד האוצר ומופיעה באתר האינטרנט של החברה במועד הגשת התביעה (להלן: "רשימת המנתחים שאושרה ע"י האוצר").

4.3.3. בוצע הטיפול מחליף ניתוח בישראל אצל נותן שירות אחר – זכאי המבוטח להוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.

4.4. סכום הביטוח המרבי עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל:

המבוטח זכאי להחזר הוצאות ההתייעצות מעבר למלוא הזכויות המוקנות לו בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על-פי תכנית השב"ן שברשותו ועד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.

"דחיה כללית" לפי סעיף זה משמעותה – מצב בו תכנית השב"ן איננה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן.

5. חריגים לאחריות המבטח:

יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי נספח זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו: על פרק זה לא יחולו החריגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובמקומם יבואו החריגים המפורטים להלן

5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח לאחר תום תקופת הבטוח או במהלך תקופת האכשרה

5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח 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 המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

5.6. 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"; "כהגדרתה בתקנות בריאות העם) (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

5.7. מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.

5.8. מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.9. 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

6. ברות ביטוח לפוליסה מהשקל הראשון:

הסתיימה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בתקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתימסר לחברה המבטחת לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת הזכאות"), בבקשה לרכוש פוליסה המשווקת על ידי החברה המבטחת באותה העת, לכיסוי ניתוח בישראל ולטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המקנה כיסוי ביטוחי מהשקל הראשון (פוליסת הרצף") בתנאים הבאים:

6.1. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח בפוליסת הרצף הנהוגים בחברה לכלל המבוטחים באותה עת. דמי הביטוח יקבעו על-פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לפוליסת הרצף.

6.2. רכישת פוליסת הרצף תעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף.

6.3. במקרה שפוליסת הרצף מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לפוליסת הרצף לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לפוליסת הרצף לגבי כיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הרצף תהיה למפרע מהמועד בו הופסקה חברותו של המבוטח בשב"ן.

6.4. לא מימש המבוטח את זכותו לרכישת פוליסת הרצף עד תום תקופת הזכאות, תפקע זכותו של המבוטח לרכוש את פוליסת הרצף בתנאים המפורטים בסעיף זה.

פרק ה' - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

קבלת שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן אשר המבוטח/המבוטחת נזקק/ת להם כתוצאה מבעיה רפואית או מבוטחת הזקוקה להם בעת הריונה או בקשר להריונה.

2. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

2.1 התייעצויות עם רופא מומחה

המבטח ישפה את המבוטח בגין התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון או טיפול בתחום התמחותו. בשיעור של 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות, אך לא יותר מסך של 750 ₪ לכל התייעצות ועד 3 התייעצויות בשנה לכל מבוטח

למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפל במבוטח באופן קבוע ו/או מעקב הריון לא תכוסה במסגרת זו.

2.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות ללא קשר לניתוח שמטרתן אבחון ו/או מניעת מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה, בשיעור של 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות, אך לא יותר מ- 15,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

2.3 טיפולי פיזיותרפיה טיפולים פיזיותרפיים, הידרותרפיים, ספורט תרפיה עד 4000 ₪, לכל שנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 25%.

2.4 בדיקות ושירותים לנשים בהריון

כל סוגי הבדיקות הנדרשות, עד לסך 6000 ₪ לכל הבדיקות במהלך הריון, לכל הריון, בהשתתפות עצמית של 20%. כולל גם בדיקת אקו לב עובר. **לסעיף זה תקופת אכשרה למבוטחים חדשים בלבד של 6 חודשים.**

2.5 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי

פעם אחת בכל הריון, עד לסך 2,000 ₪ השתתפות עצמית של 20%.

2.6 הבראה לאחר לידה

המבטח ישפה את המבוטחת בגין הוצאות אשר הוציאה המבוטחת בפועל בגין שהותה בבית החלמה מוכר עד לסך של 350 ₪ לכל יום הבראה ועד למקסימום של שלושה ימים

2.7 הוצאות הפריית מבחנה

2.7.1 החברה המבטחת תשלם למבוטח/ת בגין ההוצאות בהן נשא/ה בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי במבוטח שתכליתו כניסת המבוטחת ו/או בת זוגו של המבוטח להריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת או בת זוגו של המבוטח תיכנס להיריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק ההיריון או ההריונות ו/או שמירה על ההיריון, ועד לסך השתתפות עצמית של 500 ₪ לכל טיפול בעבור 2 הילדים הראשונים ו-750 ₪ בעבור הילד השלישי ואילך ולא יותר מסך של 130,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.

2.7.2 בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 24,000 ₪. המבוטחת או המבוטח עבור בת זוגו, יהיו זכאים לטיפול אחד בחו"ל (לכל אחד, במידת הצורך).

להסרת ספק הכיסוי יינתן גם לאם חד הורית שאינה נשואה.

2.8 תרומת ביצית בחו"ל

המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מ-8,000 ₪ לתרומת ביצית ועד לשתי תרומות ביצית בכל תקופת הביטוח, בגין השגת תרומת ביצית בחו"ל.

2.9 מימון לשירותי פונדקאות

החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות עד 36,000 ₪ לכל סדרת טיפולים למשך תקופת הביטוח. יובהר כי יכוסו בדיקות הריון אשר בוצעו לאם הפונדקאית על פי התנאים הנקובים בסעיף 2.4 לעיל.

2.10 שמירת ביציות לטווח ארוך

בכל השיטות הקיימות וגם בשיטות שיפותחו תוך כדי תקופת הביטוח עד לסך 10,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

2.11 בדיקות לאפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק, בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים.

כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה, תשלום ישירות למעבדה או למבוטח עד 25,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.12 בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון

המבטח ישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאה שהוצאה בפועל ועד 5,000 ₪ בגין ביצוע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטניים ו/או גנים של מחלות אחרות.

2.13 טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה ולא יותר מ-5,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה / טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

2.14 הקפאת זרע או ביצית

מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן, יהיה זכאי על פי פרק זה, לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע/ביציות לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח – 14,000 ₪.

2.15 טיפול על ידי מקרופאגים

טיפול על ידי מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת עד לסך של 10,000 ₪ למקרה.

2.16 פעילות גופנית מבוקרת לבעלי גורמי סיכון

שיפוי בגין הוצאות הפעילות הגופנית במכון מתאים ומורשה, בסכום של עד 75% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מ-250 ₪ לחודש לתקופה של 8 חודשים. מותנה בהפניית רופא.

2.17 טיפול בבעיות התפתחות ילדים (מגיל 3 ועד גיל 17 שנים)

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

(הערה בפוליסה הקודמת : קביעת נוירולוג ילדים, פסכיאטר ילדים ו/או רופא משפחה)

- פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או הוראה מתקנת.
- המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ-120 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים סה"כ בשנת ביטוח. עד 6,500 ₪ לשנת ביטוח.

2.18 טיפולים בהרטבת לילה

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי טיפול בהרטבת לילה.

לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 800 ₪ לשנת ביטוח אצל ילדים מעל גיל 5, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 50%.

2.19 החלמה ו/או פעילות רפואית משקמת, לאחר התקף לב ו/או ניתוח להסרת גידול ממהיר ו/או שפיר ו/או ניתוח אורתופדי המחייב שיקום ו/או השתלה

כל סוגי הטיפולים שיידרשו ע"י הרופא המטפל ו/או שהייה בבית החלמה עד לסך 6,000 ₪ לאירוע ובהשתתפות עצמית של 20%.

2.20 אחות פרטי לאחר 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח במסגרת אשפוז בבית חולים ללא קשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 500 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על שמונה עשר (18) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

במקרה של שכר אחות פרטית בעת שהותו של המבוטח בבית-חולים לאחר ניתוח לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, החברה המבטחת תשלם למבוטח עד 600 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על חמישה עשר (15) ימים למקרה ביטוח עד 9,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.21 טיפול בתא לחץ

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 10,500 ₪ בהשתתפות עצמית של 20%.

2.22 טיפול פסיכולוגי

החברה תשפה את המבוטח, בגין טיפול פסיכולוגי ע"י פסיכולוג קליני המורשה לטפל, בסכום השווה ל 50% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מ 120 ₪ לטיפול ולא יותר מ 12 טיפולים בשנה.

2.23 הפסקות הריון באמצעות גלולת מייגיפין

לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,700 ₪ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.24 השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים

מס'	שם מכשיר / אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
1	אטמים לאזניים בהתאמה אישית	83%	750 ₪	אחר השתלת כפתורים בעור התוף
2	גרביים אלסטיים	83%	750 ₪	כנגד מרשם רופא
3	חגורה אורתופדית	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
4	חגורה מתקנת (עד גיל 18) כגון מילוקי, בוסטון, או מתקנת אחרת	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
5	מכשיר אלקטרוני ליישור הגב (עד גיל 18)	83%	5,000 ₪	כנגד מרשם רופא
6	חגורת בקע	83%	2,000 ₪	באישור רופא מטעם המבוטח.
7	מדרסים	83%	2,000 ₪	
8	מכשיר אינהלציה אישי	83%	1,000 ₪	כנגד מרשם רופא
9	עזרי הליכה: מקל הליכה,	83%	900 ₪	השתתפות רק לאוכלוסייה

מס'	שם מכשיר / אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
	טריפוד, קוודריפוד, קביים מכל הסוגים			שאינה זכאית להשתתפות 100% של משרד הבריאות.
10	מגביר קול לנפגעי לרינגס	83%	5,500 ₪	בהוראת רופא
11	כשיר שיקומי ו/או טיפולי לגפיים ולאצבעות	83%	3,500 ₪	בהוראת רופא
12	מכשיר לבדיקת לחץ דם	83%	1,200 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח
13	מכשיר למדידת סוכר	83%	1,200 ₪	לחולי סכרת באישור רופא מטעם המבוטח.
14	מכשיר שמיעה לבוגר	83%	5,000 ₪ לכל אוזן	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח, במקרה ליקוי ב-2 אוזניים יקבל המבוטח מכשיר לכל אוזן.
15	עדשות מגע ניידות למבוטח בתנאי שמדובר במחלה כרונית	83%	3,000 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח במחלות הבאות: 1. קרטוקונוס. 2. השתלת קרנית. 3. ריפוי קרנית. 4. קוצר ראייה מעל מספר 7. 5. הדבקת רשתית
16	משקפיים	83%	3,000 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח במחלות הבאות 1 רוחק ראייה גבוה אצל ילדים עד גיל 10 (מעל מספר 3) 2 אסטיגמטיזם גבוה מעל מספר 6
17	משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים לבוגר	83%	4,500 ₪	כפוף לאישור רופא מטעם המבוטח, על פי הגדרה רפואית מקובלת לבוגר שמלאו לו 18 שנה
18	נעליים אורתופדיות	83%	1,500 ₪	חולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף רגל או לחולי סכרת הסובלים מנמק או חוסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף רגל או שיתוק שרירים
19	פאה לחולה אונקולוגי	83%	1,750 ₪	
20	פרוטזה חיצונית לשד	83%	900 ₪	
21	רצועות או אביזר לאבדוקציה לתינוקות	83%	600 ₪	
22	תומכים ומגינים לצוואר ולכתף	83%	1,500 ₪	
23	חבישת לחץ	83%	6,000 ₪	לפי הצורך גם יותר מפעם אחת בשנה.

מס'	שם מכשיר / אביזר	שיעור השתתפות החברה	סכום מרבי לכל מקרי הביטוח לתקופה של 3 שנים	הערות
24	מכשיר הנשמה מסוג c-pap או b-pap לסובלים מדום נשימה כלל מסכה	83%	5,000 ₪	לטיפול לחולים כרוניים בביתם
25	מחולל חמצן	83%	5,000 ₪	לטיפול לחולים כרוניים בביתם

מבוטח אשר יפנה לקופת החולים בה הוא חבר ו/או לשבן ויקבל מהם השתתפות בתשלום עבור האביזר, ישלים המבוטח את היתרה, ללא חיוב בהשתתפות עצמית כל זאת עד גובה גבול האחריות בפוליסה ולא יותר.

2.25 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב- amblyopia

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 180 ₪ לטיפול ועד 18 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.26 טיפולים בכאב

המבוטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת טיפולים בכאב כגון הזרקות ממוקדות ואחרות כולל תחת שיקוף או CT או MRI, שימוש בקנביס רפואי אשר אושר לשימוש למבוטח על ידי משרד הבריאות וכל זאת על פי הוראת רופא מומחה מטעם המבוטח וזאת עד לסכום של 2,000 ₪ בשנת ביטוח. למען הסר ספק, הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

2.27 קפסולה למעינים

קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים Capsule Wireless Endoscopy עד לסך 3,500 ₪ השתתפות עצמית של 20%.

2.28 טיפולי מרפא לחולי פסוריאזיס (ספחת)

הוצאות טיפולים, ו/או הוצאות בגין שהייה ושימוש במרחצאות עד לסה"כ 80% ממחיר יום שהייה ו/או טיפול אך לא יותר מאשר 300 ₪ ליום, אך לא יותר מ 30 יום, לשנת ביטוח.

2.29 שירותי הסעה באמבולנס

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, עד לסך של 450 ₪.

2.30 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירווי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 130,000 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

מענק חד פעמי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירווי דם ומוצרי דם אשר ניתנו לו במהלך ניתוח, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי על סך 35,000 ₪ ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן שאינו עולה על 24 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח, ובמקרה של מבוטח קיים, בטרם תחילת הביטוח הקודם.

2.31 **משדר קרדילוגי**

מבוטח שיעבור אירוע לבבי ורופא קרדילוג מטעמו קבע צורך רפואי המגובה בממצאים רפואיים יהיה זכאי למנוי בנטל"י או בשח"ל + קרדיו ביפר למשך 24 חודשים עד 3,000 ₪ לאירוע בהשתתפות עצמית של 20%.

2.32 **רדיו כירורגיה: למיגור גידולים וגרורות**

פעולה לא פולשנית שעושה שימוש בקרני רנטגן לטיפול בנגעים ובשאריות של גידולים וגרורות, באמצעות הרס ממוקד של תאי ה-DNA המזינים את הגידול. רדיו כירורגיה סטריאוטקטית הינה טיפול קרינתי חדשני לכיווץ גידולים וגרורות בחולי סרטן, תופעה שרווחת אצל חולי סרטן מבוגרים, והנחשבת לאחד הסיבוכים הנירולוגים הנפוצים בקרב חולים אלו. החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות אשר הוציא המבוטח בפועל בגין כל ניסיון טיפולי עד לסך של 30,000 ₪ לטיפול ולא יותר מסך של 60,000 ₪ למחלה.

2.33 **הוצאות בגין טיפולים משקמים**

טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא מטעם המבוטח לטיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח ועד לסך של 300 ₪ לטיפול.

2.34 **רפואה אלטרנטיבית**

טיפול במצבים בריאותיים, ע"י שימוש באחד מהאמצעים הבאים: אקופונקטורה, אוסתיאופטיה, הומאופתיה, ביו-פידבק, כירופרקטיקה, שיאצו, רפלקסולוגיה, פלדנקרריז, טווינה, שיטת פאולה, פרחי באך טיפול על פי שיטת אלכסנדר, תזונה, נטורופתיה, וטיפול בצמחי מרפא ובשיטת שניידר ו/או כל שיטה אחרת שתידרש בעת הצורך. הטיפול ייערך, בבית חולים ציבורי, במרפאה מוכרת או ע"י מומחה בעל תעודת הסמכה למתן הטיפול שיידרש מותנה בהפניית רופא. החברה תשפה את המבוטח בתגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות אשר הוציא בפועל המבוטח בגין הטיפול האלטרנטיבי אך לא יותר מאשר 120 ₪ לכל טיפול, עד 12 טיפולים בשנה מכל התחומים.

2.35 **שיפוי שב"ן**

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים

3. **חריגים**

בנוסף לחריגים הכלולים בתנאים הכלליים של הפוליסה, החברה לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על-פי פרק זה, גם במקרים הבאים:

3.1 **בגין בדיקות תקופתיות ובדיקות שיגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית או בדיקות הריון (למעט כמפורט בסעיף 2.4).**

3.2 **טיפולים אשר אינם מוגדרים כמקרה ביטוח בסעיף 2 על כל סעיפי המשנה שבו.**

3.3 **שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתת כטיפולים עתידיים.**

4. **תקופת אכשרה למבוטחים חדשים**

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

לכיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום.

לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

חוות דעת נוספת בארץ ובחו"ל

1. מקרה הביטוח -

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

2. הכיסוי -

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

3. סכום הביטוח -

בחו"ל

שיפוי מלא בגין הפניה לנותן שירות שבהסכם. השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל המתבצעת באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם, יהא עד סך 10,000 ₪ במידה וקבלת חוות הדעת מחייבת נסיעת החולה לחו"ל, יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה עד סך 10,000 ₪ לאדם.

בארץ

שיפוי מלא כשמדובר בנותן שירות בהסכם או במקרה של רופא שאינו בהסכם עד לגובה- 1,600 ₪.

5. למען הסר ספק, המבוטח רשאי להגיש לחברה העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי ולכל הפחות בדואר אלקטרוני במסרון ובחשבון האישי המקוון של הלקוח.

6. תקופת אכשרה למבוטחים חדשים

בפרק זה תחול תקופת אכשרה בת 60 יום ממועד תחילת הביטוח של הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה.

לכיסוי הריון ו/או הפריה תהא תקופה אכשרה של 365 יום.

לא תחול תקופת אכשרה על מבוטחים שעברו ברצף במועד תחילת הביטוח, מהביטוח הקודם.

מגדל מהווה חלק בלתי נפרד מהמשק בישראל מאז הקמתה בשנת 1934. במשך עשרות שנים מגדל שומרת על מעמדה כאחת החברות המובילות בישראל בתחומי הביטוח, הפנסיה והפיננסים.

מגדל פועלת למתן מענה לצרכים המשתנים של קהל לקוחותיה באמצעות חידוש ופיתוח תכניות ביטוח, חיסכון פנסיוני ומוצרים פיננסיים מתקדמים, הפעלת מערך שירות לקוחות במגוון ערוצי התקשורת, תוך התבססות על תשתיות מתקדמות וכח אדם מיומן ומקצועי.

בהיוודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות לסוכנות הביטוח מרוז

בטלפון: 03-5621110, מייל: dbank@meroz.co.il אתר האינטרנט: www.meroz.co.il או באמצעות דואר פנימי של הבנק, באמצעות הוועד הארצי עבור מרוז סוכנות לביטוח. כתובת: מרוז סוכנות לביטוח קרליבך 1 תל אביב 67132

מוקד תביעות של מגדל

בטלפון: 03-9201010 שלווחה 3. tviotcollective@migdal.co.il פקס: 076-8869473 המוקד פעיל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:30 תביעות בגין ניתוחים דחופים (עד 7 ימים ממועד הניתוח) יש לשלוח למספר פקס: 03-5637749 או לכתובת מייל Healthclaim@migdal.co.il

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל, הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

https://www.migdal.co.il/He/insurance/HealthInsur/Pages/Doctor_Intel.aspx

לפניות בכתב:

"מגדל חברה לביטוח בע"מ" אגף הבריאות, ת"ד 3063 קריית אריה פתח תקווה 4951106

לאחר שעות הפעילות ובמקרי ניתוח דחופים בלבד,

ניתן לפנות למוקד בטלפון 073-2049169.

המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת,

ובימי שישי, שבת וחגים - 24 שעות ביממה.