

פוליסת הביטוח הקבוצתי לחברי הסתדרות הפסיכולוגים ובני משפחותיהם

פרק א' – הגדרות כלליות

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

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדס :

- 1.1. **אח/אחות :** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.2. **אשפוז :** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.3. **בית חולים :** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.4. **בית חולים ציבורי :** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 1.5. **בית חולים פרטי :** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.
- 1.6. **בית חולים בהסכם :** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח בעת הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.7. **בן/בת זוג :** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.1. **גיל המבוטח -** ההפרש בין החודש ושנת תאריך מועד החישוב, לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (על-פי הלוח הגרגוריאני)
- 1.8. **בעל הפוליסה :** הסתדרות הפסיכולוגים בישראל (הפ"י)
- 1.9. **דמי הביטוח (פרמיה) :** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.10. **דף פרטי ביטוח :** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.11. **מבוטח :** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.

- 1.12. **המבטח או החברה** : איילון חברה לביטוח
- 1.13. **המוטב** : הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.14. **הסכם הביטוח** : ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.15. **הסכם ביטוח קודם** : הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח אחר או המבטח הקיים שהגיע לסיומו ב- 31.3.2018.
- 1.16. **הפוליסה** : חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.17. **השתתפות עצמית** : חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצויינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.18. **חבר** : עמית/חבר אצל בעל הפוליסה.
- 1.19. **חו"ל** : כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.20. **חדר ניתוח** : חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.21. **חוק הביטוח** : חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
- 1.22. **חוק הבריאות** : חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
- 1.23. **טבלת ההחזרים** : טבלה המצורפת לפוליסה בה נקובים סכומי השיפוי המרביים (השתתפות המבטח) או סכומי הפיצוי, לפי העניין, בגין השירותים להם זכאי המבוטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.24. **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.
- 1.25. **יום אשפוז** : אשפוז למשך יממה ברציפות.
- 1.26. **יועץ הביטוח** : ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.27. **ילדים** : ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.
- 1.28. **ילד בוגר** : ילדו של חבר שמלאו לו 21 שנה.
- 1.29. **ישראל** : מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.30. **מדד** : מדד המחירים לצרכן (כולל פרוט וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.
- 1.31. **מדד בסיס** : מדד חודש מרץ אשר פורסם ב- 15 אפריל 2017.
- 1.32. **מועד קרות מקרה הביטוח** : המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.

- 1.33. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
- 1.34. **מנתח אחר:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.35. **מנתח שבהסכם:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.36. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.37. **מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבוטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה. יובהר כי מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול רפואי מסוים (כגון השתלה או טיפול תרופתי), יקבע על פי הוראה רפואית מתועדת בכתב מאת הרופא של המבוטח, הממליצה כי על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי המסוים.
- 1.38. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבוטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שניתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבוטח.
- 1.39. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבוטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.40. **ניתוח אלקטיבי:** 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 ו/או ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית חולים).
- 1.41. **סוכן/סוכנות הביטוח:** סוכן ביטוח שימונה ע"י בעל הפוליסה, אם ימונה כזה.
- 1.42. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי, וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.43. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.44. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.45. **רופא:** רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.46. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

- 1.47. **רופא מרדים** : רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.48. **צירוף אוטומטי** : צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבוטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- 1.49. **צירוף בהסכמה** : צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.50. **רצף ביטוחי מלא** : מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם רצף ביטוחי יינתן לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסת הבריאות הקודמת.
- 1.51. **שב"ן** : תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.52. **שנת ביטוח** : תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת תוקף הביטוח, ואשר תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם, אלא אם כן בוטל עפ"י תנאי פוליסה זו ו/או בהתאם להסכם הביטוח.
- 1.53. **תאונה** : אירוע פתאומי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, בהתקיים אחד מהמקרים הבאים :
א. עקב האירוע נגרם למבוטח נזק מפגיעה מגורם חיצוני.
ב. בעקבות אירוע חיצוני נגרם למבוטח נזק.
מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט אתגרי או ספורט מקצועני המפורט בסעיף **החריגים בפרק ז ופרק י, לפי העניין**, יחשבו כתאונה על פי פוליסה זו.
למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.
- 1.54. **תאריך תחילת הביטוח** : 1.5.2018
- 1.55. **תאריך הצטרפות** : התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.56. **תקרת כיסוי** : הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

- 1.57. **תקופת אכשרה** : תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תחשב כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת אכשרה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.
- 1.58. **תקופת המתנה** : תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.
- 1.59. **תקופת הצטרפות למבוטח חדש** : תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן :
לגבי מבוטח שהיה כלול בהסדר הביטוח הקודם - תחול תקופת ההצטרפות במועד תחילת תוקף ביטוח זה.
- לגבי ילד שנולד להורים המבוטחים על פי פוליסה זו** - תחול תקופת ההצטרפות במועד היוולדו.
- 1.60. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי** : תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

פרק ב' – חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1 מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
 - 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח.
 - 1.3 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
 - 1.4 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
 - 1.5 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכולה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח).
 - 1.6 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
2. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.
3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
4. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
5. לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
 - 5.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
 - 5.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מהמבטח את בירור חבותו, ולא הכביד על הבירור.
6. סייג בשל מצב רפואי קודם
 - 6.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה בת חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

6.2 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם שהסתיים ב 1.3.2018.

6.3 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ח' וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

6.4 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מבוטחים הנדרשים למלא שאלון הצהרת בריאות בהתאם לתנאי ההצטרפות אשר בפוליסה.

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

פרק ג' – תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

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

2. היקף הביטוח :

- 2.1 ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- 2.2 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ה'.
- 2.3 הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ו'.
- 2.4 ביטוח ניתוחים בישראל במסלול משלים שב"נ כאמור בפרק ז', - פוליסה האחידה על פי תקנות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון.
- 2.5 שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ח'.

3. ההצטרפות לביטוח

3.1 תנאי הצטרפות המבוטחים

3.1.1 הצטרפות חברים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם :

- 3.1.1.1 הצטרפות חברים ובני משפחתם, שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 1.3.2018 בחברת הראל, עד 30.6.2018, כרוכה במילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי שאלון הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה לא תחול תקופת אכשרה, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותם לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.
- 3.1.1.2 חברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחתם שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם והגישו בקשת הצטרפות לכיסוי הביטוחי כאמור בסעיף 3.1.1.1 לעיל, לאחר 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל שאלון מילוי הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה ככל שמצוינות בכל פרק או סעיף בפוליסה, לפי העניין.

3.1.2 הצטרפות מבוטחים חדשים

חברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחתם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, וחברים חדשים אצל בעל הפוליסה ובני משפחתם, (כאלה שצורפו לחברים אצל בעל הפוליסה לאחר תקופת הביטוח) יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל שאלון הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה ככל שמצוינות בכל פרק או סעיף בפוליסה, לפי העניין.

3.1.3 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חבר ו/או בן זוגו וילדיו שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד תחילת ביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים במסגרת הביטוח הקודם. בקשת הצטרפות לכיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

3.1.4 צירוף תינוק לביטוח / צירוף ילד מאומץ:

3.1.4.1 תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת ההצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד היוולדו.

3.1.4.2 ילד מאומץ של מבוטח, שאומץ כחוק במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת ההצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד בו הוכר כילדו של החבר על פי חוק. יובהר כי התשלום בגין ילד מאומץ עבור רובדי הרשות ישולם למפרע מיום האימוץ.

3.1.5 תנאי ההצטרפות של ילדי חברים

3.1.5.1 ילדים של חברים יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל, ובתנאי שטרם מלאו להם 25 שנים.

3.1.5.2 ילדי מבוטחים שצורפו לביטוח וטרם מלאו להם 25 שנה, ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 25 שנה, ימשיכו להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו.

3.1.5.3 יובהר כי בעת הגעת הילד לגיל 21 תתעדכן הפרמיה עפ"י הנקוב בטבלת דמי הביטוח.

3.1.6 פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה או מכל רובד ממנו, וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. על מבוטחים אלה יחולו התנאים הקבועים בפוליסה כאילו הצטרפו אליה לאחר תקופת ההצטרפות, קרי יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

3.2 צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

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

- (1) במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים ;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי ; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- (ב) האמור בסעיף (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה :
- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה ;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי וסכום ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד ; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.
- (3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה ; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה :
- (א) ניתוחים ;
- (ב) תרופות ;
- (ג) השתלות ;
- (ד) מחלות קשות ;
- (ה) שיניים ;
- (ו) תאונות אישיות.
- (ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

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

- (א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיו שווים לכל מבטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.
- (ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו ;
- לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה ;
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח ;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

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

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

- (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח, וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- (א1) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין –
 - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי ;
 - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ;
 - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות :
 - (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח ;
 - (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה ;
 - (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח ;
 - (4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה ;
 - (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה ;
 - (6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- (ג) חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

(ד) 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 לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

3.5 מתן הודעות והודעות למבוטח - סעיפי 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה – 2015

(א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), ימסור 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, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח 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.

(1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום 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.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח 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.

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

3.6 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

3.6.1 שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה, בתוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, תשלח החברה החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על

פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית.

3.6.2 אם תוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלחה החברה הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

3.6.3 אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.6.4 מובהר כי סעיף 3.6 זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

4 תביעות

המבטח מתחייב לפעול על פי הנחיות הקבועות בחוזר ישוב תביעות העדכני שיפורסם ע"י הממונה על שוק הון והביטוח מעת לעת. על אף זאת יחולו הוראות ס' 4 זה, וס' 5 ו- 6 לפי העניין.

4.1 מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן.

4.2 במקרי הביטוח הבאים: השתלות וטיפול בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבוטח אל חברת הביטוח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו.

4.3 על אף האמור בסעיף 4.2, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

4.4 על אף האמור בסעיף 4.2 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

4.5 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית אם נדרש לעשות כן. אם המבוטח פנה לשב"ן למצות את זכאותו, ימציא המבוטח אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו.

- 4.6 המבטח ישיב למבוטח תוך 30 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.
- 4.7 בנוסף לאמור בסעיפים 4.1 – 4.6, המבטח יבדוק ויבחן את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו.
- 4.8 המבטח יסייע למבוטח למצות את מלוא הזכויות לעניין כל הכיסויים שבמסגרת פוליסת הביטוח.

5. תגמולי ביטוח

- 5.1 מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.
- 5.2 **הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק הניתוחים – מיצוי הביטוח המשלים (שב"ן)**
הזכאות לתגמולי ביטוח למבוטח על פי פרק הניתוחים ז' 1 הינה לאחר מיצוי זכאותו של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, ובנוסף להם. ("כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבוטח, והמבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר), והכול בכפוף לתנאים שנקבעו בפרק ז' 1 ובכפוף לאמור להלן.
- 5.3 **תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח**
עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:
- 5.3.1 **התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**
- 5.3.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.
- 5.3.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.
- 5.3.1.3 במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידיית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.
- 5.3.2 **השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**
- 5.3.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות המעידות על התשלום עבור הטיפול.
- 5.3.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 30 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

5.3.3 הגשת קבלות למבטח

- 5.3.3.1 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח באמצעות הדואר קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל, או שליחת הקבלות באמצעות הפקס, או דואר אלקטרוני, או באמצעות אתר ייעודי של המבטח לצורך סילוק תביעות לאחר שהקבלות נסרקו.
- 5.3.3.2 נשלחו הקבלות באמצעות פקס או דואר אלקטרוני או אתר ייעודי של המבטח, יצרף המבוטח הצהרה בדבר שימוש בקבלות לצורך קבלת תגמולי ביטוח מגורם נוסף וכן התחייבות לשמירת הקבלות למקרה ויידרש לכך.
- 5.3.3.3 במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבוטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, ו/או אישור לגבי סכום ההחזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין.

5.4 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

5.5 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

5.6 פטירת מבוטח

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

5.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

5.8 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ובפרק הניתוחים ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ן. למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת – המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.

5.9 תגמולי ביטוח למבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם

חבות המבטח הינה לתשלום תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת ביטוח זו, לפי העניין. למרות האמור, המבטח ישלם תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח

המכוסה בפוליסה זו, ושהתקיים בתקופת הביטוח הקודמת בכפוף לכל התנאים שלהלן

במצטבר :

- 5.9.1 המבטח הקודם דחה את תביעתו של המבוטח בשל הגדרת מקרה ביטוח השונה מההגדרה המצוינת בפוליסה זו, או בשל טענה שתמה חבותו עקב סיום תקופת הביטוח, או אם המבטח הקודם מעכב את האישור לקבלת הטיפול ונבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול במועדו.
- 5.9.2 הטיפול הרפואי ניתן למבוטח במהלך תקופת ביטוח זו, לרבות לגבי טיפול מתמשך או סדרת טיפולים שהחלה בתקופת הביטוח הקודם (כגון טיפול תרופתי).
- 5.9.3 המבטח ישלם למבוטח בהתאם להיקף הכיסוי והסכומים הנקובים בפוליסה זו.
- 5.9.4 המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח על פי הפוליסה הקודמת.

המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

6. ערעור על החלטת המבטח

- 6.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.
- 6.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 6.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 6.4 ועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן : נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.
- 6.5 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 6.6 אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). במקרים שבנדון יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה ו/או המומחה לפי העניין. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 6.7 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 6.8 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 7.1 הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 7.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבוטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבוטח.
- 7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבוטח.
- 7.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.

8. הוראות לעניין כפל ביטוח - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט - 2015

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

9. הצמדה

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

10. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח

המבוטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט במקרה שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

11. **ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה**

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה ו/או של המבוטח, בעל הפוליסה או המבוטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבוטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבוטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבוטח.

ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

12. **ביטול הפוליסה על פי המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015**

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבוטח 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 כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "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.
- (ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, 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, כאמור בתקנה 2(1), מבוטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

13. **תום הביטוח ו/או הפסקתו**

- 13.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:
- 13.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבוטח.
- 13.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.
- 13.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבוטח, בכתב, על הפסקת הביטוח לגביו.
- 13.1.4 לגבי רובד הרשות ביטוח פיצויי שבועי עקב אי כושר מלא כאמור בפרק י - בתום החודש בו מלאו למבוטח 67 שנים, ולגבי רובד רשות מחלות קשות, כאמור בפרק י"א, בתום החודש בו מלאו למבוטח 70 שנים.

13.1.5 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח או בעל הפוליסה למבטח על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

13.2 סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 13.1, לפי העניין, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

13.3 הודיע המבוטח לחברה על ביטול הפוליסה, תתבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול.

14. המשכיות

14.1 סיום ההסכם או ביטול

14.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, בכפוף לאמור בסעיף 13.1 לעיל, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו

14.1.2 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% הביטוח למשך 3 שנים ו-10% הנחה החל מהשנה הרביעית ואילך, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

14.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם, יוכל מבוטח שמעוניין להמשיך ולהיות מבוטח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים בס"ק ו-14.1.2.1.

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

14.1.5 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.

14.1.6 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 14.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים לאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

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

14.1.9 מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, לרבות בשל טיפול רפואי מתמשך, המבטח יהיה מחוייב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח, הכול ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית.

14.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברתו אצל בעל הפוליסה

14.2.1 בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום חברתו אצל בעל הפוליסה, יהיו רשאים מבטחים אלו להמשיך את הביטוח במסגרת הקבוצתית עד לתום מועד תקופת הסכם הביטוח הקבוצתי.

14.2.2 מבוטח שסיים את חברתו ובני משפחתו שהיו מבטחים, יוכלו לבחור להמשיך את הביטוח הקבוצתי עד תום מועד ההסכם הביטוח הקבוצתי, או לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים לאלה בהם היו מבטחים עובר למועד סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד.

14.2.3 דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% למשך 3 שנים ו-10% הנחה החל מהשנה הרביעית ואילך, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

14.2.4 עם היוודע למבטח סיום חברתו של המבטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה, על אפשרותו להמשיך את הביטוח בכל אחד מהאפשרויות המנויות בסעיף 14.2.2 לעיל.

14.2.5 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.

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

14.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין

בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושיו מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד, על פי התנאים המצוינים בס"ק 14.1 לעיל.

14.4 פטירתו של חבר

מובהר כי שאיריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.

14.5 זכויות המבטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל מבטחים, בכפוף לכך שישדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

15. דמי הביטוח

- 15.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעים ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד אשר פורסם 15.4.2018 ויהיו צמודות למדד.
- 15.2 דמי הביטוח לכל מבוטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

16. תקופת הביטוח

- 16.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ- 1.5.2018 ועד 31.4.2023 (להלן "תקופת ביטוח ראשונה"). בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים, בכפוף לעדכון הפרמיה כמפורט בהסכם הביטוח.
- 16.2 חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, יחולו תנאי סעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.
- 16.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

17. שינויים בפוליסה

- 17.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.
- 17.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.
- 17.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.

18. חובת בעל פוליסה

- לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית התשס"ט והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

19. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

- 19.1 חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, או טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל.
- 19.2 יובהר כי חבותו של המבטח לתשלום תגמולי ביטוח עבור כל מקרה ביטוח שאירע בעת שהותו של המבוטח בחו"ל תקום לאחר מיצוי מלוא זכויותיו על פי ביטוח הנסיעות שברשותו. בנסיבות שהמבוטח לא רכש ביטוח נסיעות, או שבמועד קרות מקרה הביטוח אין ברשותו ביטוח נסיעות תקף מסיבה כלשהי, תחושב זכאותו של המבוטח על פי פוליסה זו כאילו רכש ביטוח נסיעות העדכני ביותר אצל המבטח באותה עת.
- 19.3 חבר ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, במסגרת עבודתו או תפקידו של החבר אצל בעל הפוליסה יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן:
- 19.3.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.
- 19.3.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר היה משלם אם היה מבוטח רגיל.
- 19.4 עם שובו של המבוטח ארצה יוכלו המבוטחים לשוב לביטוח הקבוצתי תוך 90 יום מיום שובם ארצה, ברצף ביטוחי מלא, ויראו את מועד צירופם לביטוח כמועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח טרם הנסיעה.

20. התיישנות

- 20.1 תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- 20.2 **התיישנות בתביעת נכות**
- אם פוליסה זו כוללת כיסוי לנכות ממחלה או תאונה, ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

21. חוק הביטוח

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

22. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום או באמצעות דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח

כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

23. **מקום שיפוט**

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

24. **פרשנות**

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

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. **בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדס:**
 - 1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
 - 1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, ובכלל זה אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
 - 1.3 **הטסה רפואית:** 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 שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
 - 1.4 **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר או איברים או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח, או מגופו של אדם אחר, ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**
- 1.5 **טיפול מיוחד בחו"ל:** כל טיפול רפואי או טיפול רפואי המשלב ניתוח המבוצע בחו"ל, העונה על אחד מהתנאים הבאים:
 - 1.5.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.
 - 1.5.2 אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
 - 1.5.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
 - 1.5.4 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח.
 - 1.5.5 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

1.5.5.1 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.

1.5.5.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ומומלץ ע"י רופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח, לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים. לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.

1.5.5.3 על פי הניסיון שנצבר במהלך ה 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

1.6 **טיפול ניסיוני** : טיפול רפואי שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A.), או במדינות האיחוד האירופי- E.M.E, קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא תחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר, או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.

1.7 **טיפול שיקומי** : כל טיפול שמטרתו שיפור תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.8 **טיפול/שירות רפואי** : כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם, אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות : שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הטסה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוח), התייעצויות וחוו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.

1.9 **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל** : טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד למנוע או להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.10 **ניתוח בחו"ל** : כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הניתוח, אשר מטרתה אבחון מצב רפואי, מניעה ו/או טיפול במצב רפואי, ו/או ריפוי מחלה או פגיעה, או בסימפטומים של מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אברים פנימיים (ENDOSCOPY – למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה המבוצע בחו"ל.

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

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:

- 2.1. ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2. ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.3. ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

3. חבות המבוטח

3.1. סכום הביטוח במקרה של השתלה:

3.1.1. מסלול שיפוי במקרה של ביצוע ההשתלה

הסכום המרבי לשיפוי לכל מקרה ביטוח בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד ל- 5,000,000 ₪ ובהתאם לאמור בסעיף 3.2 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם וככל שנקבעו.

3.1.2. מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד:

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של צורך בביצוע השתלה במפורט להלן:

- 3.1.2.1. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪.
- 3.1.2.2. הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי הינה לאחר שהמבוטח העביר אישור כי נרשם במרכז הארצי להשתלות.
- 3.1.2.3. על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף קטן 3.1.1.2 לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.
- 3.1.2.4. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף קטן זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.2 להלן.

3.2. סכום ביטוח במקרה של ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול מיוחד, בחו"ל

3.2.1. אם הטיפול המיוחד או הניתוח או טיפול מחליף הניתוח בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן.

3.2.2. במקרה של ביצוע ניתוח או טיפול מיוחד שבהסכם שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לכל מקרה ביטוח הינו 800,000 ₪.

3.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל

3.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, וכן יישא בעלות טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל.

3.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושגת, קצירת האיבר המושגת, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (באיבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו המרבית של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות ומבלי למצות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, ובין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה ו/או ביצוע הטיפול המיוחד ו/או הניתוח בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

3.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 3.2.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו

תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל.

הטסה רפואית משמעה – הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

3.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבוטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

3.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום הנקוב בטבלת ההחזרים. אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה כנקוב בטבלת ההחזרים לכל יום. מובהר כי חבות המבוטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

3.3.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבוטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או מביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי, הכול ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל ו/או אם ישנה חו"ל של רופא מומחה בכיר בישראל הסוברת שאי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.3.13. המשך טיפול בישראל:

המבוטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, עד לסך של 100,000 ₪.

3.3.14. הוצאות הטסת גופה :

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול

כתחליף לטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד לסכום של 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח.

3.3.16. גמלת החלמה - פיצוי חודשי לאחר ביצוע השתלה:

3.3.16.1. בנוסף לזכויותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, יהיה זכאי המבוטח לאחר ביצוע השתלה, לגמלת החלמה על סך של 5,000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. יובהר כי גמלת ההחלמה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בישראל. **יובהר כי במקרה של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית לא יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה.**

3.3.16.2. אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לבקש הקדמת תשלום הגמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, הכול ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול.

3.3.17. נפטר המבוטח כתוצאה מביצוע ההשתלה במהלך תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו, בהתאם לנקוב בטבלת ההחזרים.

4. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לביצוע טיפול מיוחד או השתלה בחו"ל, מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

4.1. ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.

4.2. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

4.3. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

5. חריגים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

5.1. טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

5.2. טיפולי שיניים כירורגיים וניתוחי חניכיים. יובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת וטיפולי שיניים מכל סוג שהוא לצורך ביצוע ניתוחי לסת, או הנדרשים עקב ניתוח פה ולסת המכוסה על פי פרק זה.

5.3. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.

- 5.4 ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור לעיל יכולו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה או חבלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואי בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
- יובהר כי לעניין ניתוחים בריאטריים, יכולה ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה, ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 ונמצא בטיפול תרופתי במחלת הסוכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון.
- 5.5 על פי פרק זה, לא יכולה מקרה ביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע, ובתנאי שהמבוטח זכאי לשיפוי מלא מגורם ממשלתי בגין הטיפולים הכלולים בפוליסה זו. במקרים בהם השיפוי חלקי יישא המבוטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק.

פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

- 1.1 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
- 1.2 **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.3 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

2. מקרה הביטוח

נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך במהלך תקופת הביטוח, ואשר מתקיימת על פי אחת מההגדרות הבאות:

2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות: 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 (EMA)).

2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA, או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

כל תרופה שאושרה לשימוש 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:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information
 3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex MICromedex
עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
 4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation
- 2.4 **תרופות יתום** – מוצר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה, שמספר החולים בה בארצות הברית על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש. (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים) או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור והשיווק של התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).
- 2.5 **טיפול תרופתי מיוחד**
- 2.5.1 **תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:**
- 2.5.1.1 תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד- תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים 2.1-2.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.
 - 2.5.1.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים לפיהם התרופה נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 - 2.5.1.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.
 - 2.5.1.4 תרופה שסווגה ע"י ה FDA "תרופה פורצת דרך" ו/או נמצאת במסלול אישור מזורז.
 - 2.5.1.5 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח ואולם, התרופה הומלצה על ידי רופא מומחה בהתאם

לממצאים שהתגלו לאחר בדיקה אונקוגנטית להתאמת הטיפול בתרופה, והתרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

3. לעניין פרק זה:

מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי: הוראה או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, על הצורך בטיפול התרופתי במצבו הרפואי המסוים של המבוטח.

4. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד בו ניתנה למבוטח המלצה מתועדת ובכתב ע"י רופא מומחה על הטיפול התרופתי.

למרות האמור, מבוטח אשר קיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי ובחלוף התקופות הנקובות בפרק ב' "חריגים כלליים" סעיף 2 בפוליסה, לפי העניין.

5. סכום הביטוח

5.1 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה לכל תקופת הביטוח, הינו 4,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

5.2 סכום הביטוח המירבי עבור סעיפים 2.5 לעיל יהיה עד לסך של 600,000 ₪ ועד 50,000 ₪ לחודש. בנוסף, תקרת הכיסוי בגין סעיף זה תהיה לכל תקופת ההסכם למבוטח.

5.3 יובהר כי אם תבוטל הפוליסה אצל המבטח הנוכחי, ו/או אם הפוליסה תתחדש אצל מבטח אחר, המבטח הנוכחי יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול.

6. השתתפות עצמית

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

6.2 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

6.3 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו, בהתאם לנקוב בטבלת ההחזרים.

7. הגבלה לחבות המבטח

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:

7.1 **טיפולים או תרופות ניסיוניות.** מובהר כי תרופות המצוינות בסעיף 2.5 לא יחשבו כניסיוניות על פי פרק זה.

7.2 **טיפול שיניים, תרופות לטיפול ולטיפול שיניים.**

- 7.3 תוספי מזון וויטמינים. למרות האמור, המבטח יישא בעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי, לצורך טיפול במחלת הסרטן, ועד 10% מסכום הביטוח המרבי.
- 7.4 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.
- 7.5 חיסונים לצורך מניעת מחלה.

8. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל

- 8.1 המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.
- 8.2 חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.
- 8.3 למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יהא המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ו' - הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצד:

הוצאות רפואיות: תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה), שניתן למבוטח בישראל או בחו"ל לרבות ומבלי למצות, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד ועד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב, בהתאם לנקוב בטבלת ההחזרים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, מכל סוג שהוא, על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה (לצורך הדוגמה: הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן), וכן הוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים כאמור עקב המצב הרפואי.

2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

3. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

1. איבוד גפיים (Loss of Limbs) – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט, או קטיעה מעל פרק שורש

כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.

2. אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור

אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה בת לפחות 6 חודשים.

3. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) – אי ספיקת כבד

פתאומית חריפה באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו- 7;

4. צהבת, מעמיקה;

4. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure)** – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
5. **אנמיה אפלסטית חמורה (Aplastic Anemia)** – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
6. **אוטם חריף בשריר הלב - (Acute Myocardial Infarction)**
 נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
 למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
7. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו, או אם לא ניתן לניתוח גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
8. **דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידיק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
9. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה עלולים להותיר נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
10. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair)** – כל פרוצדורה שנועדה לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.
11. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
12. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
13. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע,

והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

14. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
15. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease) (Cirrhosis)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
 1. צהבת;
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 4. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלניזם.
16. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Lung Disease)** – מחלת ריאות חסימתית כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
 1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ, ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ.
17. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
18. **יתוח גדול** – ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה. מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה.
19. **סוכרת נעורים מסוג ELLITUS-DIABETES** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.
20. **סרטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

- מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב ניתוח או טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.
21. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
22. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
23. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלוקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
24. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
25. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
26. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
27. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
28. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
29. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
30. **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות, והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
31. **תשישות נפש (Dementia)** – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא

מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.

32. **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:

1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים בסעיפים 1-31 לעיל.
 2. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח,
 3. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. למרות האמור, המבטח יאשר תגמולי ביטוח על פי סעיף זה, אף אם טרם חלפה התקופה כאמור, ובלבד שהוגשה למבטח חו"ד מרופא מומחה שהצורך בטיפול הרפואי יש בו כדי למנוע מצב של נכות קבועה.
 4. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 1-5-2013 לתקופה העולה על 6 חודשים. יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).
- הגדרות המחלות: סרטן, דלקת חייזקית של קרום המוח, דלקת מוח, התקף לב חריף, פרקינסון, תשישות נפש ונכות תמיתה, נוסחו באופן שמיטב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2003/16".**

4. **חבות המבטח**

4.1 תגמולי הביטוח

- 4.1.1 **בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ולאחר** שמוצתה זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 50,000 ₪, עבור הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 1 בפרק זה שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.
- 4.1.2 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.1.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

5. **חריגים**

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

פרק ז' - ביטוח לניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוחים במסלול משלים שב"נ

תכנית ביטוח בריאות להתייעצויות עם רופא מומחה, ניתוחים בארץ ומחליפי ניתוח בארץ לבעלי שב"ן, בכפוף להוראות ותנאי הפוליסה המפורטים להלן, ישפה המבטח את המבוטח, ו/או ישלם לספק השירות עבור הוצאות לשירותים רפואיים שעבר המבוטח בפועל, בגין מקרה ביטוח, בכפוף להוראות ולסייגים כמוגדר וכמפורט בגוף הפוליסה ובתנאים הכלליים הנלווים, במשך תקופת הביטוח ובגבולות אחריות המבטח על פי תנאי הפוליסה והוראותיה.

1. הגדרות

1.1. **תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור 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 מבוטח.

1.2. **בית חולים פרטי** - אחד מאלה :

1.2.1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013-2014) (התשע"ג 2013).

1.2.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.3. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות.

1.4. **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 3791 ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 43 לתקנות האמורות.

1.5. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE PROCEDURE) 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, הראית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.6. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 43(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 43(א) (2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.7. **שתל/תותב** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.8. **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.9. **שב"נ** שירותי בריאות נוספים - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על סל שירותי הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

2. הכיסוי הביטוחי: תכנית ביטוח לבעלי שב"ן - לניתוחים בישראל וטיפולם מחליפי ניתוח בישראל,

3 התייעצויות עם רופא מומחה אגב ניתוח.

2.1. מקרה הביטוח : מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח לאחר מיצוי הזכויות עם השב"ן.

2.2. הכיסוי הביטוחי

2.2.1. תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

2.2.2. לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון - תכנית ביטוח ניתוחים אחידה (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית חולים).
2.2.3. קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

א. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון - תכנית ביטוח ניתוחים אחידה (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).
ב. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר בתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

ג. מבוטח שבוטלה חברותו בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים בתכנית, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון – אחידה (להלן: "פוליסת המשך") במקרים כאלה יעביר המבטח את המבוטח לפוליסת המשך שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאי:

- (1) סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת,
- (2) מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת). וכן בפרמיה הנהוגה לכלל

המבוטחים בחברה באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

2.3. החברה המבטחת תכסה את העלות של מקרים אלו לאחר המיצוי עם השב"ן כאמור בסעיף 2.2:

- 2.3.1. המבטח יחזיר למבוטח הוצאות בגין 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 2.3.2. **שכר מנתח.**

- 2.3.3. **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 03 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.
- 2.3.4. **טיפול מחליף ניתוח** יודגש כי שיפוי בגין טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

- 2.4. **ספקים שאינם בהסכם:** באם יבחר המבוטח לבצע פרוצדורות לעיל, עם ספקים שאינם בהסכם - תשפה החברה את המבוטח עד לתקרת ספקים שבהסכם.
- 2.5. **תקרות ספקי ההסכם -** כפי שמופיעים באתר האינטרנט של החברה.

3. **חריגים מיוחדים - פוליסת הניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים הבאים:**

- 3.1. **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;**
- 3.2. **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;**
- 3.3. **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:**
 - א. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - ב. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 3.4. **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;**
- 3.5. **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.**
- 3.6. **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;

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

3.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונאלי או זיהום רדיואקטיבי;

3.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

4. תקופת אכשרה

- א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהייה 90 ימים
- ב. על אף האמור בסעיף קטן א' תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה יהיה 12 חודשים.

פרק ח' - שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדס:

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.
- 1.2 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמסת וידאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מניעה, בדיקות גנטיות, ובדיקות אונקוגנטיות, לרבות לצורך התאמת טיפול למצבו הרפואי והפרופיל הגנטי של המבוטח, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצעם בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות סקר תקופתיות שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא.**
- 1.4 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.5 **טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** כל פרוצדורה רפואית בכל טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות במועד ביצוען ובין אם לאו, בין אם מוכרות ומבוצעות רק בחו"ל, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, מניעה, טיפול, ריפוי, של מחלה או פגיעה או בסימפטומים של מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי המפורט בסעיפים 4-14 במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצויינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח

- 3.1 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.
- 3.2 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות המוכר ע"י השב"ן, והשב"ן השתתף בעלות הטיפול, יישא המבטח בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששולם עבור הטיפול לבין סכום ההשתתפות השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 3.3 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן ו/או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטח בשיעור של 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

רשימת הטיפולים המכוסים

4. אביזרים רפואיים

- 4.1 המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח על פי המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,500 ₪ לכל תקופת הביטוח.
- 4.2 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.
 - 4.2.1 לא יכוסו משקפיים או עדשות. במקרה של קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, ו/או אסטיגמטיזם מעל 7 יכוסו העדשות בלבד. כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.
 - 4.2.2 לא יכוסו נעליים אורתופדיות, למעט נעליים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ראומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים, כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.
- מובהר, כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.

תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).

5. מנוי למשדר קרדיולוגי

המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 180 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

- 5.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.
- 5.2 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.
- 5.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.
- תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).**

6. מרפאת מומחים

6.1 התייעצות עם רופא מומחה

- 6.1.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח.
- 6.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח עד 700 ₪ לכל התייעצות.
- 6.1.3 המבוטח יהיה זכאי לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.
- 6.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לו זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

6.2 חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 6.2.1 המבטח ישתתף בעלות בגין התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 7,200 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 6.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 6.2.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 6.2.4 יובהר, כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות, איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 6.2.5 חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור. אם לא ניתן אישור מראש כאמור, יופחת סכום תגמולי הביטוח עד לסכום לו הייתה נמסרת הודעה מראש.

תקופת אכשרה לסעיף 6 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).

7. שיקומית

7.1 התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית שניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י מומחה שיקומי לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, ועד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות פעם אחת בכל שנת ביטוח.

7.2 שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, ועד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

7.3 התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, ועד לסכום של 250 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

7.4 טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו. על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקוי למידה. כמו כן, מבטח הזכאי לטיפולים על פי סעיף 13 להלן לא יהיה זכאי לשירותים הקבועים בס"ק - 7.2. 7.4 שלעיל.

תקופת אכשרה לסעיף 7 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבטחים קיימים (שהיו מבטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).

8. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

8.1 בדיקות לנשים בהריון

מבטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 3,500 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,000 ₪ לכל הריון.

8.2 בדיקות גנטיות

המבטח/ת יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבטח/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבטח/ת אינו זכאי לה

במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד ל-1,250 ₪ לכל מבטוח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

8.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

מבטוח/ת יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפולי פוריות ו/או הפריה שבוצעו במבטוח/ת במהלך תקופת הביטוח, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עבור הולדת ילד ראשון, ו/או שני, ועד לסכום של 20,000 ₪ לכל ניסיון להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק). למען הסר ספק, הכיסוי יינתן גם עבור טיפולים שיבוצעו בחו"ל בנסיבות בהן לא ניתן לבצע את הטיפול בישראל, או סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל גבוהים מביצועו בישראל, או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עלול לפגוע בסיכויי הצלחת הטיפול. המבטוח/ת יהיה זכאי לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.

8.4 ניתוח לצורך פריון והפריה

המבטוח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע הליך כירורגי לצורך פריון והפריה ועד לתקרה הנקובה בסעיף 8.3 לעיל, שבוצע בגופו של המבטוח.

8.5 מעקב הריון

מבטוחת תהיה זכאית להשתתפות המבטוח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

8.6 שמירת הריון באשפוז

מבטוחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.

8.7 אם פונדקאית

יובהר כי הזכאות על פי סעיף 8 - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

8.8 חריג לסעיף זה

מבטוח שהינו ילדו/ביתו של חבר, אינו/ה זכאית לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.

תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי הינה 9 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבטוחים קיימים (שהיו מבטוחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).

9. כיסוי מיוחד לילדים

9.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבטוח שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

9.2 בעיות הרטבה לילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.

9.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה

9.3.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדומת TOVA, BRC, ועד לסכום של 1,800 ₪.

הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

9.3.2 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ₪.

9.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 150 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף 9 רבתי הינה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 01.03.2018)

10. יעוץ/טיפול פסיכולוגי/פסיכיאטר/עובד סוציאלי

המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 240 ₪ לכל טיפול. **תקופת אכשרה לעניין סעיף 10 זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 01.03.2018).**

11. בדיקות אבחוניות

11.1 המבטח יישא בתגמולי הביטוח עד 10,000 ₪ בשנת ביטוח עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות.

11.2 עבוד בדיקות גנטיות או אונקוגנטיות יישא המבטח בתגמולי ביטוח עד 15,000 ₪

11.3 השתתפות עצמית לסעיפים 11.1 ו-11.2 בשיעור של 20% מעלות הבדיקה, או 150 ש"ח לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.

11.4 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית או פתולוגית

11.4.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.

11.4.2 השתתפות המבטח הינה עד לסכום של 800 ₪ עבור כל התייעצות כאמור. המבטח יהיה זכאי להתייעצות אחת אחרי ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית.

11.4.3 **חריגים:**

11.4.3.1 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

11.4.3.2 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות סקר תקופתית ללא הפניה או המלצה מאת רופא אשר הנושא בתחום מומחיותו.

11.5 **בדיקות לרפואה מונעת מבטח/ת מעל גיל 50 יהיה זכאי את לשנתיים לשיפוי הוצאותיו בין בדיקות מניעה כדלקמן:**

11.5.1 ממוגרפיה

11.5.2 בדיקת משטח צוואר הרחם

11.5.3 בדיקת צפיפות עצם

11.5.4 בדיקת ובדיקת לחץ תוך עיני

11.6 **רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי**

11.6.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

11.6.1.1 הומיאופתיה

11.6.1.2 אוקופונקטורה

11.6.1.3 כירופרקטיקה

11.6.1.4 אוסטיאופתיה

11.6.1.5 רפלקסולוגיה

11.6.1.6 שיאצו

11.6.1.7 ייעוץ דיאטטי

11.6.1.8 שיטת פלדנקרייז

11.6.1.9 ביו-פידבק

11.6.1.10 נטורופתיה

11.6.1.11 הרבולוגיה

11.6.1.12 שיטת פאולה

11.6.1.13 שיטת אלכסנדר

11.6.1.14 חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור).

11.6.1.15 שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות.

11.6.2 **תנאי לחבות המבטח**

קבלת שירותי רפואה משלימה אצל מטפל שלא במסגרת קופת חולים או הביטוח המשלים, כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

11.6.3 **חריגים**

- 11.6.3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפולים עתידיים.**
- 11.6.3.2 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.**

תקופת אכשרה לסעיף 12 רבתי זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-01.03.2018).

12. שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, כמפורט להלן:.

12.1 חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד לסכום של 2,500 ₪, פעם אחת בכל אשפוז.

12.2 שכר אח/אחות פרטית

12.2.1 המבטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בביה"ח, עד לסכום של 550 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

12.2.2 בנוסף, ישתתף המבטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים ועד לסכום של 200 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

12.3 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.

12.4 טיפול שיקומי בעת אשפוז

12.4.1 המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד לסכום של 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז.

יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.

12.4.2 בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגינו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.

12.4.3 המבטח ישתתף בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, ועד לסכום הנקוב בטבלת ההחזרים לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על

ארבע עשרה (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

12.5 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח

- 12.5.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
- 12.5.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 12.5.3 יובהר כי מבטח הזכאי לטיפולים על פי סעיף זה לא יהיה זכאי לטיפולים פיזיותרפיים או שיקומיים לפי סעיף 7 בפרק זה.

12.6 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, עבור כל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, ועד לסכום של 200 ₪ לחודש.

12.7 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח

בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה-A.D.L על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של עד 200 ₪ לכל יום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי, ולתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

12.8 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה

מבוטח שגילו נמוך מ- 65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.