

ארגון העובדים הארצי

עובדות ועובדים יקרים,

בימים אלה חודש תוקף תוכנית הבריאות של עובדי קרן קיימת לישראל בחברת כלל ביטוח.

התוכנית נועדה להעניק לך ולבני ביתך הגנה ובטחון עבור המקרים המכוסים בתוכנית, אנו מייחסים לתוכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלת חיים. הוספת הטבה זו הינה חוליה נוספת בשרשרת ההטבות שארגון קק"ל חרט על דיגלו בקידום מעמדם של כל העובדים.

תוכנית זו באה לתת מענה לחסרונותיה של הרפואה הציבורית בישראל, המוגבלת במשאביה ומתקשה לתת את הפתרונות במקרה של צורך רפואי, בשעת צרה.

הביטוח הבריאות של קק"ל מורכב משני כיסויים, ביטוח בסיסי וכן ביטוח מורחב. התוכנית הבסיסית כוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספק במסגרת השב"ן (ביטוח משלים) בקופות החולים כגון:

- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.
 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.
 - שירותים אמבולטוריים.
 - כיסוי סיעודי (עד ליום 31.03.2017).
 - כתבי שירות.
 - מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים (החל מיום 01.09.2014 – בני משפחה בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בכתב).
- התוכנית המורחבת מאפשרת למבוטחים בתוכנית הבסיסית להרחיב את הביטוח ולרכוש את הכיסויים הבאים:
- ניתוחים לבחירת המבוטחים באופציית כיסוי מורחב או ניתוחים משלים שב"ן.
 - טיפולים מחליפי ניתוח.
 - כתב שירות רפואה משלימה.
- בחברת זו תמצאו את פרטי הכיסוי הביטוחי והסבר כיצד לנהוג במקרה של תביעה.

בברכת בריאות טובה ואריכות ימים,

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק	
5	גילוי נאות	✕
22	מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?	✕
24	מה עושים במקרה תביעה בתחום הסיעוד?	✕
25	הסכם ביטוח בריאות קבוצתי	✕

גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

א. כללי

1. שם הפוליסה	קָרן קיימת לישראל
2. בעל הפוליסה	קָרן קיימת לישראל
3. הכיסויים בפוליסה	<u>רובד בסיסי</u> <ul style="list-style-type: none">• השתללות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם;• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לנספח 1 להסכם;• שירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ג' לנספח 1 להסכם;• ביטוח סיעודי - כמפורט בפרק ד' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.03.2017);• כתבי שירות - רופא עד הבית, יעוץ פסיכולוגי, מוקד מידע טלפוני, שירות סיוע באיתור רופא מומחה בארץ ובחו"ל, מעבדה עד הבית וכתב שירות לחיות בריא - כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם.• מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים – כמפורט בפרק ה'1 לנספח 1 להסכם (החל מיום 01.09.2014).
	<u>רובד מורחב</u> <ul style="list-style-type: none">• כיסוי מורחב לניתוחים וכיסויים רפואיים נלווים לניתוחים - כמפורט בפרק ו' לנספח 1 להסכם;• ניתוחים משלים שב"ן (פרק זה חלופי לפרק ו'1 לפי בחירת המבוטח) - כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם;• טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוחים - כמפורט בפרק ז' לנספח 1 להסכם;• כתב שירות רפואה משלימה - כמפורט בפרק ח' לנספח 1 להסכם.
4. משך תקופת הביטוח	מיום 31.12.2013 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.12.2023, למעט הביטוח הסייעודי שיסתיים ביום 31.03.2017. בעל הפוליסה זכאי לקצר את תקופת הביטוח במידה ושיעור התאמת הפרמיה שיידרש על ידי המבטח לא יהיה מקובל עליו, כמפורט בסעיף 8 להסכם. תינתן זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם, בהתאם להוראות סעיף 5.4 להסכם.

5. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
6. תקופת אכשרה	30 יום, למעט מקרים הקשורים להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון והפריה חוץ גופית בהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום. בגין פרק ה'1 – מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים - 90 יום, למעט מקרה ביטוח הנבע באופן ישיר מתאונה.
7. תקופת המתנה	<ul style="list-style-type: none"> • 60 יום בגין מקרה סיעוד - פרק ד' - ביטוח סיעודי. • 60 יום בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח (למבוגר בגיל 67-21) - פרק ו' - כיסוי ניתוחים מורחב.
8. השתתפות עצמית	<ul style="list-style-type: none"> • פרק ב' - "כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות": 200 ₪ למרשם לחודש ובכל מקרה לא יותר מ-400 ₪ בגין כל המרשמים בחודש. • פרק ג' - "שירותים אמבולטוריים": 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה, 20% בגין בדיקות אבחנתיות, 20% בגין בדיקות הריון, 25% בגין הפריה חוץ גופית, 20% בגין טיפולי פיזיותרפיה, 20% בגין טיפולי רדיותרפיה וכימותרפיה, 50% בגין מנוי למשדר קרדילוגי, 50% בגין התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב ו-50% בגין שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר השתלת לב או ניתוח לב. • פרק ד' - "ביטוח סיעודי": 20% בגין הוצאות שיקום. • פרק ו' - "ניתוחים וכיסויים נלווים לניתוחים": 20% בגין חו"ד שנייה בפתולוגיה. • פרק ו'1 - "ביטוח ניתוחים משלים שב"ן" - 20% בגין חו"ד שנייה בפתולוגיה.

ב. שינוי תנאים

9. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם	לא ניתן
----------------------------------	---------

10. גובה הפרמיה הפרמיה החדשית (ב-ש) עבור הרובד הבסיסי עד ליום 31.03.2016:

מבוטחים	ביטוח הבריאות והסיעוד פרקים א' - ה'
עובד/ת	26 ₪
בן/בת זוג לרבות ידוע/ידועה בציבור או ילד מעל גיל 21	31 ₪
ילד עד גיל 21	4 ₪

* ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חנים

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ב 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

* **ילד עד גיל 3 אינו מבוטח בביטוח הסיעודי.**

בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

תוספת הפרמיה החדשית בגין הרובד הבסיסי, עבור פרק ה'1 הינה כדלקמן (החל מיום 01.09.2014):

המבוטחים	דמי ביטוח חודשיים בגין ביטוח מחלות קשות ברובד הבסיסי - פרק ה'1
עובד	20.5 ₪ - במימון המעסיק (כולל שווי מס)
בן זוג, ילד מעל גיל 21	20.5 ₪

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

* בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

הפרמיה החדשית (ב-ש) עבור הרובד הבסיסי החל מיום 01.04.2016:

מבוטחים	ביטוח הבריאות פרקים א' - ג' + ה'	ביטוח סיעודי פרק ד' (עד ליום 31.03.2017)
עובד/ת	21.5 ₪	18.8 ₪
בן/ בת זוג	21.5 ₪	18.8 ₪
ילד עד גיל 21	4 ₪	4.7 ₪
ילד מעל גיל 21	21.5 ₪	18.8 ₪

* ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חנים

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

* **ילד עד גיל 3 אינו מבוטח בביטוח הסיעודי.**

בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

תוספת הפרמיה החודשית בגין הרובד הבסיסי, עבור פרק ה'1 הינה כדלקמן (החל מיום 01.09.2014):

המבוטחים	דמי ביטוח חודשיים בגין ביטוח מחלות קשות ברובד הבסיסי – פרק ה'1
עובד	20.5 ₪ - במימון המעסיק (כולל שווי מס)
בן זוג, ילד מעל גיל 21	20.5 ₪

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
* בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

הפרמיה החודשית (ב-₪) עבור הרובד המורחב, פרקים ו'ז' (כיסוי ניתוחים במסלול ניתוחים מורחב או משלים שב"ן לפי אופציית הניתוחים שתבחר ע"י המבוטח וטיפולים מחליפי ניתוח):

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב-₪ בגין הרובד המורחב במסלול משלים שב"ן	דמי הביטוח החודשיים ב-₪ בגין הרובד המורחב במסלול ניתוחים מורחב
ילד עד גיל 21	10 ₪	13 ₪
20 - 25	14 ₪	17.5 ₪
26 - 30	20 ₪	25 ₪
31 - 35	22 ₪	28.5 ₪
36 - 40	25 ₪	33 ₪
41 - 45	33 ₪	44 ₪
46 - 50	39.5 ₪	52.5 ₪
51 - 55	54 ₪	71 ₪
56 - 60	77 ₪	101 ₪
61 - 65	101 ₪	134 ₪
66 - 67	124 ₪	164.5 ₪

* ילד שלישי ואילך (עד גיל 21) – חינם
* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
* בתוספת של 7 ₪ בגין כתב שירות רפואה משלימה ליחיד/משפחה (פרק ח')
* בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

הפרמיה החודשית (ב-ש) עבור הרובד הבסיסי החל מיום 01.12.2017

מבטחים	ביטוח הבריאות פרקים א'-ג' + ה'
עובד/ת	ש"ח 32.25
בן/בת זוג לרבות ידוע/ידועה בציבור או ילד מעל גיל 21	ש"ח 32.25
ילד עד גיל 21	ש"ח 6.00

* ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ב 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

תוספת הפרמיה החודשית בגין הרובד הבסיסי, עבור פרק ה'1 הינה כדלקמן (החל מיום 01.09.2014):

המבטחים	דמי ביטוח חודשיים בגין ביטוח מחלות קשות ברובד הבסיסי - פרק ה'1
עובד	ש"ח 20.5 - במימון המעסיק (כולל שווי מס)
בן זוג, ילד מעל גיל 21	ש"ח 20.5

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

**הפרמיה החודשית החל מ - 01.12.2017 (ב-ש) עבור הרובד המורחב, פרקים ו'ז'
(כיסוי ניתוחים במסלול ניתוחים מורחב או משלים שב"ן לפי אופציית הניתוחים
שתבחר ע"י המבוטח וטיפולים מחליפי ניתוח):**

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב- ש בגין הרובד המורחב במסלול ניתוחים מורחב	דמי הביטוח החודשיים ב- ש בגין הרובד המורחב במסלול משלים שב"ן
ילד עד גיל 21	19.50 ש	15.00 ש
20 - 25	26.25 ש	21.00 ש
26 - 30	37.50 ש	30.00 ש
31 - 35	42.75 ש	33.00 ש
36 - 40	49.50 ש	37.50 ש
41 - 45	66.00 ש	49.50 ש
46 - 50	78.75 ש	59.25 ש
51 - 55	106.50 ש	81.00 ש
56 - 60	151.50 ש	115.50 ש
61 - 65	201.00 ש	151.50 ש
66 - 67	246.75 ש	186.00 ש

* ילד שלישי ואילך (עד גיל 21) – חינם

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

* **בתוספת של 10.5 ש בגין כתב שירות רפואה משלימה ליחיד/משפחה (פרק ח')**
בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

רובד בסיסי – הפרמיה לעובד/ת ולבן/בת זוג קבועה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד. הפרמיה לילד משתנה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
רובד מורחב - הפרמיה משתנה לפי גיל המבוטח כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.

**11. מבנה
הפרמיה**

**12. שינוי הפרמיה
במהלך
תקופת
ההסכם**

כמפורט בסעיף 8 להסכם.

ד. תנאי ביטול

13. תנאי ביטול הביטוח ע"י המבוטח	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.
14. תנאי ביטול הביטוח ע"י המבטח	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין וההסכם.
ה. חריגים	
15. החרגה בגין מצב רפואי קיים	1. כמפורט בסעיף 16 להסכם. 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.
16. סייגים לחבות המבטח	כמפורט להלן: 1. סעיפים 15 ו- 22 להסכם. 2. סעיפים 5 ו- 7 בפרק ב' בנספח 1 להסכם. 3. סעיף 5 בפרק ג' בנספח 1 להסכם. 4. סעיף 4 בפרק ד' בנספח 1 להסכם. 5. סעיף 6 בפרק ה' בנספח 1 להסכם. 6. סעיף 8 בפרק ו' בנספח 1 להסכם. 7. סעיף 6 בפרק ו'1 בנספח 1 להסכם. 8. סעיף 4 בפרק ז' בנספח 1 להסכם.

17. פרק ד' - ביטוח סיעודי (למבוטחים מעל גיל 3) – עד ליום 31.03.2017

<p>1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:</p> <p>לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות;</p> <p>2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p>
<p>עד 72 חודשים</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p>פיצוי</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>
<p>6,000 ₪ לאחר תקופת המתנה בת 60 יום.</p>	<p>סכום הביטוח</p>
<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.</p>	<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>
<p>הפרמיה לעובד/ת ולבן/בת זוג קבועה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד. הפרמיה לילד משתנה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.</p>	<p>סקאלת הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>זכויות המבוטח בגין העלאת הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>
<p>קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.</p>	<p>שחרור מתשלום הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>ערך מסולק</p>
<p>אין</p>	<p>תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח</p>
<p>שיפוי בגין ההוצאות עבור טיפולים רפואיים לשיקום, אשר עפ"י חוות דעת רופא שיקומי או גריאטרי יש בהם כדי לסייע למבוטח הסיעודי לשוב ולתפקד כעצמאי או לשפר תפקוד של אחת מהפעולות היומיומיות כמוגדר בפוליסה - עד 55,000 ₪, בכפוף להצגת קבלות מקוריות על הוצאות השיקום ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>הוצאות שיקום</p>
<p>כמפורט בסעיף 5.4 להסכם.</p>	<p>המשכיות</p>

חלק ב' - תמצית הכיסויים

תיאור הכיסי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
<u>רובד בסיסי</u>				
<u>פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</u>				
<p>השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבוטח - שיפוי מלא.</p> <p>השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם מבוטח - עד 3,803,000 ₪ .</p> <p>השתלת לב מלאכותי (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית) - עד 950,750 ₪ .</p>	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p>טיפול מיוחד בחו"ל – עד סכום של 684,540 ₪ .</p>	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p><u>גמלת החלמה בעקבות השתלה</u></p> <p>לאחר השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב ומעי - פיצוי חודשי בסך 6,600 ₪ למשך 24 חודשים.</p> <p>לאחר השתלת כליה, כליה-לבלב ומוח עצמות מגופו של תורם אחר - פיצוי חודשי בסך 3,300 ₪ למשך 24 חודשים.</p> <p>ילד עד גיל 21 יקבל מחצית הגמלה.</p> <p>נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו.</p> <p>גמלת החלמה כאמור לעיל תשולם גם במקרה ביצוע ההשתלה בישראל.</p>	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
<p>לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים</p>				

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	<p>מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 2 לפרק ב' בנספח 1.</p> <p>הכיסוי יינתן עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p> <p>בנוסף, יינתן שיפוי בסך של עד 500,000 ₪ למקרה ביטוח חדש, לאחר מיצוי מלוא סכום הביטוח הראשוני. לאחר מיצוי סכום הביטוח למקרה ביטוח חדש כאמור לעיל, יבוטל פרק זה לאותו מבטח.</p> <p>בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות הכרוך במתן התרופה עד 200 ₪ ליום ועד 45 יום.</p>
פרק ג' - שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח - עד 800 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>2. בדיקות רפואיות אבחנתיות - עד 5,000 ₪ לכל הבדיקות לשנת ביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>3. בדיקות הריון - עד 1,200 ₪ לבדיקה בכל הריון ועד 5,000 ₪ סה"כ בגין כל בדיקות הריון למבוטחת להריון, בהשתתפות עצמית של 20% לבדיקה. במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ג' - שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>4. טיפול הפריה חוץ גופית - עד 8,000 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות לילד ועד שני ילדים ובהשתתפות עצמית של 25%. כיסוי זה יינתן מעבר לזכאות על פי החוק (למבוטחת שלה כבר 2 ילדים), ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על פי פרק זה (למעט מקרים של עובד/ת חד הורית). מובהר כי תגמולי הביטוח על פי סעיף זה יינתנו לאחד מבני הזוג בלבד.</p> <p>5. טיפולים פיזיותרפיה לאחר ניתוח - עד 150 ₪ לטיפול ועד 6 טיפולים בגין ניתוח אחד, ולא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח ועד 1,900 ₪ סה"כ, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>6. טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה - עד 10,000 ₪ לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>7. שיקום דיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב- amblyopia - במקרה שהמבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי או ניתוח או מחלה - עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.</p> <p>8. מנוי למשדר קרדילוגי - עד 150 ₪ לחודש ועד 18 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%.</p> <p>9. התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב - לאחר ובסמוך למועד האירוע - עד 125 ₪ לחודש ועד 9 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%.</p>

קיזוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>10. שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר השתלת לב או ניתוח לב - עד 350 ₪ ליום ועד 14 יום, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%.</p> <p>11. עזרה ראשונה לכאבי שיניים - בגין הטיפולים הבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. עצב מודלק. 2. ניקוז מורסה משן נגועה. 3. מתן מרשם לשיכוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית. 4. פפליטוס עקב דחיסת מזון. 5. דלקת חניכיים חריפה עם כאבים. 6. פריקורוניטיס. 7. הורדת נקודת לחץ של תותבת. <p>לכל אחד מטיפולי החירום - עד 100 ₪. לאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים - עד 200 ₪.</p> <p>עד 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.</p> <p>12. חוות דעת שנייה בחו"ל - הזדקקות המבוטח, אשר ברשותו חוות דעת ראשונה של רופא מומחה, לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי - עד עלות נותן שירות בהסכם עם המבטח ועד תקרה של 4,564 ₪.</p> <p>המבוטח זכאי ל"חוות דעת שנייה" כמוגדר בהסכם, אחת לכל שנת ביטוח.</p> <p>13. ייעוץ רפואי מיוחד לאחר גילוי מחלה קשה (סרטן, אי ספיקת כליות כרונית, שבץ מוחי, התקף לב חריף ונכות מלאה ותמידית) - עד 800 ₪ לייעוץ, ולא יותר מ-2 התייעצויות לכל מבוטח.</p>

פרק ד' - ביטוח סיעודי (למבוטחים מעל גיל 3) – עד 31.03.2017

<p>1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:</p> <p>לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות;</p> <p>2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p>הגדרת מקרה ביטוח</p>
<p>עד 72 חודשים</p>	<p>משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח</p>
<p>פיצוי</p>	<p>סוג תגמולי הביטוח</p>
<p>6,000 ₪ לאחר תקופת המתנה בת 60 יום.</p>	<p>סכום הביטוח</p>
<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.</p>	<p>תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית</p>
<p>אין</p>	<p>קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים</p>
<p>קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.</p>	<p>שחרור מתשלום הפרמיה</p>
<p>אין</p>	<p>ערך מסולק</p>
<p>אין</p>	<p>תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח</p>
<p>שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים רפואיים לשיקום, אשר עפ"י חוות דעת רופא שיקומי או גריאטרי יש בהם כדי לסייע למבוטח הסיעודי לשוב ולתפקד כעצמאי או לשפר תפקוד של אחת מהפעולות היומיומיות כמוגדר בפוליסה - עד 55,000 ₪, בכפוף להצגת קבלות מקוריות על הוצאות השיקום ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>הוצאות שיקום</p>

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
<p>מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים (לעובד, בן/בת זוג וילד מעל גיל 21) – פרק ה'1 (החל מיום 01.09.2014 – בני משפחה בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח) (בכפוף לתשלום תוספת פרמיה כמפורט בסעיף 8.1 בפוליסה)</p>				
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	<p><u>פירוט המחלות הקשות:</u></p> <p><u>קבוצה ראשונה:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. מחלת כבד סופנית (שחמת). 2. אי ספיקת כבד פולמינונית. 3. אי ספיקת כליות סופנית. 4. מחלת ריאות חסימתית כרונית. 5. השתלת איברים. <p><u>קבוצה שניה:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. איבוד גפיים. 2. אילמות, אובדן דיבור. 3. צפדת (טטנוס). 4. טרשת נפוצה. 5. תשישות נפש. 6. פגיעה מוחית מתאונה. 7. פרקינסון. 8. חירשות. 9. עיוורון. 10. פוליו. 11. ניוון שרירים מסוג ALS. 12. שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה). 13. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני. 14. כוויות קשות. 15. דלקת חיידקית של קרום המוח. 16. דלקת מוח. 17. תרדמת.

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
אין	מוסף	לא נדרש	פיצוי	<p><u>קבוצה שלישית:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. התקף לב חריף. 2. ניתוח מעקפי לב. 3. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב. 4. קרדיומיופטיה. 5. ניתוח אבי העורקים. 6. שבץ מוחי. <p><u>קבוצה רביעית:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. סרטן. 2. אנמיה אפלסטית חמורה. 3. השתלת מח עצמות. 4. גידול שפיר של המוח. <p>סכום פיצוי בסך של 16,821 ₪.</p> <p>מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה – בתנאי שהמבטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח.</p>
<p>הבהרה: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, 'בחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.</p>				

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
<u>רובד מורחב</u>				
פרק ו' - כיסוי מורחב לניתוחים וכיסויים רפואיים נלווים לניתוחים				
הניתוחים המכוסים				
כל הניתוחים	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל				
בארץ ובחו"ל	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
קיים	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>				
פרק ו'1- ביטוח ניתוחים משלים שב"ן (פרק חלופי לפרק ו')				
הניתוחים המכוסים				
כל הניתוחים	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל				
בארץ	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
קיים	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>				

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק ז' - טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח				
יש	מוסף/ תחליפי	נדרש	שיפוי	עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול, לוויה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח, או סכום של 165,000 ש"ח, לפי הנמוך מביניהם.
הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

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

יצוין כי הגדרות אלו תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה המלאים.

אופן הגשת תביעה בתחום הבריאות

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך
בניתוח או בהשתלה, ראשית עליך לפנות אל סוכן הביטוח - ירון עדרבי,
בטלפון: 03-6870332.

ניתן גם לפנות למוקד שירות הלקוחות של כלל ביטוח בטלפון: 03-6388400
או *5590.

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

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

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

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

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע
לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח.

התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור
רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת
הביטוח תוך 24 שעות.

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

אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

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

- 1.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2. הפניה לניתוח - מילוי טופס תביעה.
- 1.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

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

- 2.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2. מכתב שחרור מביה"ח.
- 2.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

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

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

אופן הגשת תביעה בתחום הסיעודי

בהיוודע לך על הצורך בתביעת הכיסוי הסיעודי על פי ההסכם, ראשית עליך לפנות אל סוכן הביטוח - ירון עדרבי, בטלפון : 03-6870332.

ניתן גם לפנות למוקד שירות הלקוחות של כלל בריאות בטלפון: 03-6388400 או *5590.

מסמכים שיש להמציא בעת תביעה:

- טופס תביעה בתחום הסיעודי (שימולא ע"י המבוטח) - הטופס כולל כתב ויתור על סודיות רפואית (וס"ר), המתיר לכל רופא ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- דו"ח הערכה תפקודית של המבוטח, שימולא ע"י הרופא המטפל של המבוטח.

לתשומת ליבך!

1. שאלון הערכה תפקודית ימולא על ידי הרופא המטפל בלבד.
2. התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח.
3. אין לחתום על טופס התחייבות מכל סוג שהוא ללא אישור חברת הביטוח.

הסכם ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי

1. מבוא

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

2. המבוטחים

2.1. **מבוטחים קיימים:** עובדי בעל הפוליסה הקבועים ובני זוגם, לרבות ידועים בציבור (בכפוף להצהרת העובד/ת בכתב) שגילם במועד הצטרפותם לביטוח אינו עולה על 67 שנה, וכן ילדי עובדים אצל בעל הפוליסה, ואשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם עד ליום 30.12.2103 (להלן: "**ההסכם הקודם**" או **הסכם הביטוח הקודם**) ברצף עד מועד תחילת תקופתו של הסכם זה (להלן: "**מבוטחים קיימים**"), בתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו-6 שלהלן.

2.2. מבוטחים חדשים

2.2.1. **עובדים חדשים:** עובד/ת קבוע/ה אצל בעל הפוליסה אשר במועד הצטרפותו/ה להסכם זה גילו אינו עולה על 67 שנה, ואשר **לא** היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, בתנאי ששמו/ה נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו-6 שלהלן.

2.2.2. **בני משפחה חדשים:** בן/בת הזוג של עובד קבוע/ה אצל בעל הפוליסה, לרבות ידוע/ה בציבור (בכפוף להצהרת העובד בדבר היותו/ה ידוע/ה בציבור), אשר במועד הצטרפותו/ה להסכם זה טרם מלאו לו 67 שנה ו/או ילדיו של עובד/ת כמוגדר לעיל אשר במועד הצטרפותם להסכם זה טרם מלאו להם 21 שנה ואשר **לא** היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, ובתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו-6 שלהלן.

2.3. יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות של שם מהרשימה לא תשולל את זכאות המבוטח, בכפוף לתשלום מלוא פרמיה בגינו ובכפוף להצהרת בעל הפוליסה בכתב בדבר ההשמטה מתוך טעות.

2.4. גיל המבוטח לעניין הסכם זה יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. 6 חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.

2.5. צירוף מבוטח:

2.5.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

2.5.2. האמור בסעיף 2.5.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

2.6. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.5 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

3. פירוט הכיסויים והשירותים בביטוח:

3.1. פירוט הכיסויים בביטוח:

חובד בסיסי

השתלול בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם;
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לנספח 1 להסכם;
שירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ג' לנספח 1 להסכם;
ביטוח סיעודי - כמפורט בפרק ד' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.03.2017);
כתבי שירות - רופא עד הבית, יעוץ פסיכולוגי, מוקד מידע טלפוני, שירות סיוע באיתור רופא מומחה בארץ ובחו"ל, מעבדה עד הבית וכתב שירות לחיות בריא - כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם;
מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים - כמפורט בפרק ה'1 לנספח 1 להסכם (החל מיום 01.09.2014 - הכיסוי מיועד לעובדים, בני זוגם וילדיהם מעל גיל 21. בני זוג וילדים כאמור - בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח);

רובד מורחב

כיסוי מורחב לניתוחים וכיסויים רפואיים נלווים לניתוחים - כמפורט בפרק ו'
לנספח 1 להסכם;
ניתוחים משלים שב"ן (פרק זה חלופי לפרק ו'1 לפי בחירת המבוטח) -
כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם;
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוחים - כמפורט בפרק ז' לנספח 1
להסכם;
כתב שירות רפואה משלימה - כמפורט בפרק ח' לנספח 1 להסכם;

3.2. רשימת גבולות אחריות המבטח:

כמפורט בנספח 2 להסכם זה.

4. תקופת הסכם הביטוח

4.1. תקופת הסכם הביטוח תהיה 10 שנים שתחילתן ביום 31.12.2013 וסיומן
ביום 31.12.2023, למעט הביטוח הסיעודי שיסתיים ביום 31.03.2017.
(להלן: "תקופת הסכם הראשונה").

4.2. בוטל.

5. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו

5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, על כל נספחיו, לגבי כל אחד מהמבוטחים
יהיה להלן:

(א) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישורו של המבטח
בכתב להצטרפותו של המבוטח לביטוח עפ"י ההסכם, לאחר
שהמבוטח הגיש בקשה להצטרפות בצירוף מילוי הצהרת בריאות
וחיתום (אם נדרש לפי סעיף 5.3 שלהלן), ולאחר ביצוע תשלום ראשון
של דמי הביטוח.

(ב) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת
המבוטחים.

(ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

5.2. תום הביטוח יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

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

(ב) יום תום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.

(ג) היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב בדבר רצונו
בהפסקת הביטוח על-פי הסכם זה.

(ד) עזיבת העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא ו/או
פרישה לגמלאות - הביטוח של העובד ושל כל בני משפחתו, המבוטחים
במסגרת הפוליסה, יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את
עבודתו אצל בעל הפוליסה.

(ה) גירושין או פטירה של עובד בעל הפוליסה - במקרה של גירושין, הביטוח
של בן/בת הזוג יסתיים ביום האחרון של החודש בו אירע האירוע,
בכפוף להוראות סעיף 5.4 להלן. למען הסדר הטוב יובהר כי הנ"ל לא
חל על ילד של עובד בעל הפוליסה (בין שמלאו לו 21 שנה או שטרם
מלאו לו 21 שנה). במקרה של פטירת עובד בעל הפוליסה, יסתיים
הביטוח של העובד בלבד, בעוד בני המשפחה יוכלו להמשיך להיות
מבוטחים באותם תנאים שחלו ערב פטירת העובד.

כל האמור לעיל יהיה בתוקף בתנאי שגביית דמי הביטוח בגין מבוטחים אלו תהיה במרוכז ע"י בעל הפוליסה.

החל מיום 01.09.2014 – (ו) תוקפו של כיסוי מחלות קשות יפקע עם הגיע המבוטח לגיל 70, או עם מיצוי זכאות המבוטח לקבלת פיצוי עפ"י הוראות הפוליסה, לפי המוקדם מביניהם.

בעל הפוליסה יבהיר למבוטחים כי גריעה מרשימת המבוטחים, הינה גריעה אוטומטית מהביטוח וביטול הכיסוי, למעט אם נמסר אחרת על ידי המבטח בכתב.

למען הסר ספק, הסכם זה לא יפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5.3. אופן ההצטרפות לביטוח

5.3.1. מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל לא יידרשו במילוי הצהרות בריאות וחיתום בגין הכיסויים והסכומים החופפים, וזאת בתנאי כי הינם עוברים ברצף מהסכם הביטוח הקודם לביטוח זה במועד תחילתו של הסכם זה. הצטרפותם של מבוטחים אלו לאחר מועד תחילתו של הסכם זה תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

למען הסר ספק, מבוטחים קיימים אשר לא רכשו את רובד המורחב במסגרת הסכם הביטוח הקודם, יהיו רשאים להצטרף לרובד המורחב ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום וזאת בתנאי כי הינם מצטרפים תוך 90 יום מתאריך 01.11.2015. הצטרפותם של מבוטחים אלו, לרובד המורחב, לאחר המועדים הנ"ל, תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

צירוף וביטוח של צירוף וביטוח של מינימום 90% מתוך המבוטחים הקיימים במהלך כל תקופת הביטוח הינו תנאי מהותי להסכם זה.

5.3.2. הצטרפות מבוטחים חדשים כהגדרתם בסעיפים 2.2.1+2.2.2 לעיל, לרובד הבסיסי + המורחב, תהא בכפוף להסכמתם בכתב, וללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום, בתנאי כי הינם מצטרפים תוך 90 יום מתאריך 01.11.2015 או ממועד העסקת העובד/ת אצל בעל הפוליסה, המועד המאוחר מביניהם.

הצטרפותם של מבוטחים אלו, לאחר המועדים הנ"ל, תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

5.3.3. למען הסר ספק יובהר כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון הפרמיה לפני שניתנה הסכמת המבטח לבטח את המועמד לביטוח, לא תחשב קבלת הכספים בידי המבטח כהסכמת המבטח לצירוף המבוטח לביטוח.

יובהר כי ההצטרפות לרובד המורחב מותנית בהצטרפות לרובד הבסיסי.

5.3.4. תינוק שנולד יהיה כשיר להיות מבטח ובלבד שחלפו 15 יום ממועד הולדתו או 15 יום לאחר ששוחרר מבית החולים בו נולד, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הנ"ל. בכל מקרה הורה התינוק יגיש למבטח בקשה לצירוף התינוק לביטוח בצירוף תעודות רפואיות על מצבו

הרפואי של התינוק והתינוק יצורף להסכם זה רק לאחר מתן אישור בכתב על כך מאת המבטח.

5.3.5. בלא לגרוע מהוראות הסכם זה לעיל, פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5.3.6. אופן הצטרפות לפרק ה'1 – מחלות קשות:

עובדים שגילם אינו עולה על 67 שנה, והמבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי ברובד הבסיסי יצורפו לפרק ה'1 – כיסוי מחלות קשות ברובד הבסיסי, במועד כניסתו של כיסוי זה לתוקף ביום 01.09.2014, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום. לאחר מועד זה, הצטרפות הנ"ל מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

בני הזוג של העובדים שגילם אינו עולה על 67 שנה, וילדיהם מעל גיל 21, המבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי ברובד הבסיסי רשאים להצטרף לפרק ה'1- כיסוי מחלות קשות ברובד הבסיסי, בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, ואישור המבטח בכתב.

5.4. זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:

המשכיות לביטוח בריאות פרטי אצל המבטח

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר, או בתום הביטוח מפאת עזיבת קבוצת המבוטחים או מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, או במקרה בו הפוליסה אינה מתחדשת לגבי חלק מהמבוטחים, מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם לפני מועד הפסקת הביטוח, או חלקם (שהביטוח לא חודש עבורם), יהיו זכאים להצטרף ברצף ביטוחי, היינו- ללא תקופת אכשרה וללא הוכחת בריאות מחודשת, לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף זהה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה (לפי בחירת המבוטח) (להלן: "פוליסת בריאות פרטית"), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בתוכניות הביטוח הבריאות הפרטיות של המבטח הדומות ביותר לכיסויים שבהסכם זה ובלבד שהצטרף לביטוח הפרטי תוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה או תוך 90 יום מהודעת המבטח בכתב במקרה של תום תקופת ההסכם אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר. (אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מהוראת סעיף 5.2 (ה') לעיל, המתייחס למקרה של פטירת העובד).

תחילת תקופת הביטוח בפוליסת הבריאות הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי על פי הסכם זה, בכפוף לתנאים כמפורט בסעיף זה לעיל ובכפוף לתשלום מלוא הפרמיה ממועד סיום הביטוח הקבוצתי.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 25% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו בביטוח הבריאות הפרטי למשך שלוש (3) שנות הביטוח הראשונות.

להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

המשכיות לביטוח סיעוד פרטי אצל המבטח

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר (לגבי כלל המבוטחים או חלק מהם), או בתום הביטוח מפאת סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, עזיבת קבוצת המבוטחים לרבות מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה ברצף במשך שלוש שנים לפחות לפני מועד הפסקת הביטוח, בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבוטח), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "הביטוח הסיעודי פרטי") ובלבד שהמבוטח הצטרף לביטוח הפרטי תוך 90 יום ממועד הודעת המבטח, ובמקרה של גירושין - תוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה, וכל זאת בתנאי שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה זו במועד המעבר לביטוח הפרטי. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות הסיעוד הפרטיות תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

למרות האמור לעיל, לגבי מבוטח אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח סיעודיים לפי תנאי הסכם זה - פנייתו של המבטח למבוטח תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח, ובה יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת הסיעוד הפרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח, ובלבד שאותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לפי ההסכם הקבוצתי ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בהסכם קבוצתי זה.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 25% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו בביטוח הסיעודי פרטי למשך שלוש שנות הביטוח הראשונות.

להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

6.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

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

6.1.2. והוא:

6.1.2.1. מעביד - לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.

6.1.3. כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח,

במלואה או בחלקה או הרחבתה ארבעה חודשים מראש, ומידע עדכני על כל מבטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא.

6.1.4. ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבטחת.

6.2. למרות האמור לעיל, עם תחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח רשימה בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם המלאה ומספרי הטלפון שלהם.

6.3. לא יאוחר מ- 15 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה למבטח בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח שיכללו את שמותיהם, תאריכי לידתם, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריך הצטרפותם לביטוח, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם המלאה ומספרי הטלפון שלהם, וכן את שמות המבוטחים שיפסיקו להיות מבוטחים בחודש הבא עקב פרישה מהקולקטיב.

יובהר כי גריעת מבטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח (ללא צורך בהודעה מטעם המבטח), בעל הפוליסה רשאי להחתיים את העובד על ידיעתו כי הביטוח אינו בתוקף עבורו ואין לו כיסוי רפואי.

6.4. למען הסר ספק, מועמדים לבטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, כאמור בהסכם זה לעיל, לא יחשבו מבוטחים על פי ההסכם הקולקטיבי עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמד לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מתן מסמכים והודעות למבוטחים

7.1. דמי הביטוח החודשיים עד ליום 31.03.2016 (ב ש) בגין הרובד הבסיסי הינם כדלקמן:

דמי הביטוח החודשיים ב ש בגין הרובד הבסיסי – פרקים א'-ה'	מבוטחים
26 ש	עובד/ת
31 ש	בן/בת זוג לרבות ידוע/ידועה בציבור או ילד מעל גיל 21
4 ש	ילד עד גיל 21

- * ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם
- * ילד עד גיל 3 אינו מבטח בביטוח הסיעודי.
- * כפוף להתאמת פרמיה כמפורט בסעיף 8 להסכם.

תוספת הפרמיה החודשית בגין הרובד הבסיסי, עבור פרק ה'1 הינה כדלקמן (החל מיום 01.09.2014):

המבוטחים	דמי ביטוח חודשיים בגין ביטוח מחלות קשות ברובד הבסיסי – פרק ה'1
עובד	20.5 ₪ - במימון המעסיק (כולל שווי מס)
בן זוג / ילד מעל גיל 21	20.5 ₪

- * הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
- * כפוף להתאמת פרמיה כמפורט בסעיף 8 להסכם.

החל מיום 01.04.2016 ועד ליום 30.11.2017, תחול טבלת הפרמיה החודשית (ב ₪) בגין הרובד הבסיסי, כלהלן:

מבוטחים	ביטוח הבריאות פרקים א' - ג' + ה'	ביטוח סיעודי פרק ד' (עד ליום 31.03.2017)
עובד/ת	21.5 ₪	18.8 ₪
בן/בת זוג	21.5 ₪	18.8 ₪
ילד עד גיל 21	4 ₪	4.7 ₪
ילד מעל גיל 21	21.5 ₪	18.8 ₪

- * ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם
- * ילד עד גיל 3 אינו מבוטח בביטוח הסיעודי.
- * כפוף להתאמת פרמיה כמפורט בסעיף 8 להסכם.

החל מיום 01.12.2017, הפרמיה החודשית (ב-₪) עבור הרובד הבסיסי

מבוטחים	ביטוח הבריאות פרקים א'-ג' + ה'
עובד/ת	32.25 ₪
בן/בת זוג לרבות ידוע/ידועה בציבור או ילד מעל גיל 21	32.25 ₪
ילד עד גיל 21	6.00 ₪

- * ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם
- * הפרמיה צמודה למדד שפורסם ב 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
- * בכפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

תוספת הפרמיה החדושית בגין הרובד הבסיסי, עבור פרק ה'1 הינה כדלקמן (החל מיום 01.09.2014):

דמי ביטוח חודשיים ב ש בגין ביטוח מחלות קשות ברובד הבסיס – פרק ה'1	המבוטחים
20.5 ש - במימון המעסיק (כולל שווי מס)	עובד
20.5 ש	בן/בת זוג או ילד מעל גיל 21

- * הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.
- * כפוף להתאמת פרמיה כמפורט בסעיף 8 להסכם.

דמי הביטוח החדשיים (ב ש) עד ליום 30.11.2017 בגין הרובד המורחב, לפי אופציית הניתוחים שתבחר ע"י המבוטח, הינם כדלקמן:.

דמי הביטוח החודשיים ב ש בגין הרובד המורחב במסלול ניתוחים מעל השב"ן	דמי הביטוח החודשיים ב ש בגין הרובד המורחב במסלול ניתוחים מורחב	קבוצת גיל
10 ש	13 ש	ילד עד גיל 21
14 ש	17.5 ש	20 - 25
20 ש	25 ש	26 - 30
22 ש	28.5 ש	31 - 35
25 ש	33 ש	36 - 40
33 ש	44 ש	41 - 45
39.5 ש	52.5 ש	46 - 50
54 ש	51 ש	51 - 55
77 ש	101 ש	56 - 60
101 ש	134 ש	61 - 65
124 ש	164.5 ש	66 - 67

- * ילד שלישי ואילך (עד גיל 21) - ללא תוספת פרמיה.
- * בתוספת של 7 ש בגין כתב שירות רפואה משלימה ליחיד/משפחה (פרק ח')
- * כפוף להתאמת פרמיה כמפורט בסעיף 8 להסכם.

הפרמיה החודשית החל מיום - 01.12.2017 (ב-ש) עבור הרובד המורחב, פרקים ו'- ז' (כיסוי ניתוחים במסלול ניתוחים מורחב או משלים שב"ן לפי אופציית הניתוחים שתבחר ע"י המבוטח וטיפולים מחליפי ניתוח):

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב- ש' בגין הרובד המורחב במסלול משלים שב"ן	דמי הביטוח החודשיים ב- ש' בגין הרובד המורחב במסלול מורחב
ילד עד גיל 21	15.00 ₪	19.50 ₪
20 - 25	21.00 ₪	26.25 ₪
26 - 30	30.00 ₪	37.50 ₪
31 - 35	33.00 ₪	42.75 ₪
36 - 40	37.50 ₪	49.50 ₪
41 - 45	49.50 ₪	66.00 ₪
46 - 50	59.25 ₪	78.75 ₪
51 - 55	81.00 ₪	106.50 ₪
56 - 60	115.50 ₪	151.50 ₪
61 - 65	151.50 ₪	201.00 ₪
66 - 67	186.00 ₪	246.75 ₪

* ילד שלישי ואילך (עד גיל 21) – חינם

* הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.08.2010, שהינו 11,534 נק'.

* **בתוספת של 10.5 ₪ בגין כתב שירות רפואה משלימה ליחיד/משפחה (פרק ח')**
ככפוף להתאמות פרמיה כמפורט בהסכם.

7.2. בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים ברובד הבסיסי ויגבה את תשלום דמי הביטוח עבור העובדים המבוטחים ברובד המורחב ובני המשפחה המבוטחים (ברובד הבסיסי + המורחב), בהסכמת העובד, משכר העובד.

בעל הפוליסה ישלם למבטח את דמי הביטוח בגין פרק ה'1 עבור העובדים, ויישא גם בגילום שווי המס בגינם. דמי הביטוח בגין פרק ה'1 עבור בני המשפחה של העובדים ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה באמצעות גבייה משכר העובד.

7.3. ילד שבמהלך תקופת ההסכם מלאו לו 21 שנה ימשיך להיות מבוטח במסגרת ההסכם בכפוף לתשלום פרמיה בגינו, בתעריף של בן זוג, כמפורט בסעיף 7.1 לעיל.

7.4. דמי הביטוח ישולמו למבטח כל חודש על ידי בעל הפוליסה במרוכז עד ה- 15 בכל חודש בגין החודש הקודם. גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור כל המבוטחים על ידי בעל הפוליסה הינה חובה, לא תותר גבייה פרטית.

- 7.5. דמי הביטוח ישולמו עפ"י מכפלת מס' המבוטחים בפוליסה בסכומים הנקובים בסעיף 7.1 לעיל.
- 7.6. בתום כל רבעון במהלך תקופת הביטוח תיערך התחשבות הדדית בין הצדדים ויועברו תשלומי איזון אם נדרש, בקשר עם רשימות המבוטחים שהועברו למבטח.
- 7.7. עובדת אצל בעל הפוליסה ובני משפחתה המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד - 1954 בתנאי שבמהלך חופשת הלידה שמש מופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או מראש, טרם יציאת העובד/ת לחופשת הלידה.

7.8. מתן מסמכים למבוטח:

- 7.8.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח (יחיד מקבוצת המבוטחים), בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, ודף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. בסעיף זה "**חידוש ביטוח**" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 7.8.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.
- 7.8.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלם המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

7.9. מתן הודעות למבוטח:

- 7.9.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן: "**מועד תחילת השינוי**"), ימסור המבטח למבוטח, (לכל יחיד בקבוצת המבוטחים) 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה - "**שינוי בדמי הביטוח**" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.
- "**שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי**" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.

7.9.2. 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 למבטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

8. התאמת פרמיה

- 8.1. בתאריך 01.11.2015 ייבחנו התוצאות העסקיות של הביטוח הקבוצתי בגין התקופה מיום 01.11.2010 ועד ליום 31.10.2015 (להלן: "**תקופת החישוב**"), בהתאם לנתונים העדכניים ביותר הנמצאים אצל המבטח במועד זה, בהתאם לנוסחה שלהלן:
כ"**הכנסות**" יוגדרו 70% מדמי הביטוח אשר שולמו למבטח עבור תקופת החישוב כשהם משוערכים למדד.
כ"**הוצאות**" יוגדרו תביעות משולמות ותלויות בגין אירועים ביטוחים בתקופת החישוב לרבות IBNR עבור תקופת החישוב כשהם משוערכים למדד.
המבטח יעביר לבעל הפוליסה את הנתונים הנדרשים לחישוב.
במידה והוצאות עולות על ההכנסות, תבוצע התאמת פרמיה באופן בו הפרמיה תעודכן בשיעור עליית ההוצאות על ההכנסות, ובתוספת נוספת של עד 50%, החל מתאריך 01.11.2015 ואילך.
בעל הפוליסה יהא זכאי לסיים את ההסכם במידה ושיעור ההתאמה המבוקש על ידי המבטח לא יהא מקובל עליו, וזאת בהודעה בכתב של 90 יום מראש, שתימסר למבטח בתוך 30 יום ממועד דרישת המבטח לביצוע ההתאמה
- 8.2. בנוסף לאמור לעיל, המבטח יהא רשאי לבצע התאמת פרמיה, לא לפני חלוף תאריך 31.10.2017 ומידי 24 חודשים החל ממועד זה ואילך, עד תום תקופת ההסכם, וזאת בכפוף לאמור להלן:
- 8.3. התאמת דמי הביטוח תיעשה רק במידה ויתברר כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם בסעיף 8.4 להלן, במהלך תקופת החישוב כמפורט בסעיף 8.5 להלן ובהתאם לנתונים העדכניים ביותר שיש אצל המבטח בגין תקופת החישוב, וזאת בשיעור המפורט בסעיף 8.6 להלן.
- 8.4. כהפסדים לעניין זה ייראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות, בתוספת הגידול בעתודות לתביעות תלויות ותביעות בתשלום, לרבות IBNR, וכל סכום המועבר מהמבטח לספק שירות בגין המבוטחים תחת הסכם זה (להלן: "**ההוצאות**"), על פי הנתונים שנרשמו בספרי המבטח, בגין אותה תקופת ביטוח שבגינה נעשית התאמת דמי הביטוח, כשהם משוערכים למדד, על שיעור של 70% מסכום דמי הביטוח המשולמים בגין אותה תקופה (להלן: "**ההכנסות**"), כשהם משוערכים למדד.
- 8.5. תקופת החישוב לצורך סעיף זה, יהיו כמפורט להלן:
- (1) לצורך התאמת פרמיה ראשונה תקופת החישוב הינה החל מיום 01.11.2015 עד 31.07.2017, ומועד ביצוע ההתאמה יהא 01.11.2017.
 - (2) לצורך התאמת פרמיה שנייה בגין תקופה החל מיום 01.8.2017 עד 31.07.2019, ומועד ביצוע ההתאמה יהא 01.11.2019.

- (3) לצורך התאמת פרמיה שלישית בגין תקופה מיום 01.8.2019 עד 31.7.2021, ומועד ביצוע ההתאמה יהא 01.11.2021.
- 8.6. הפרמיה תעודכן בכל אחד ממועדי התאמת הפרמיה בשיעור עליית ההוצאות על ההכנסות, ובתוספת נוספת של עד 50%. בעל הפוליסה יהא זכאי לסיים את ההסכם במידה ושיעור ההתאמה המבוקש על ידי המבטח לא יהא מקובל עליו, וזאת בהודעה בכתב של 90 יום מראש, שתימסר למבטח בתוך 30 יום ממועד דרישת המבטח לביצוע ההתאמה.
- 8.7. **החל מיום 01.09.2014 – התאמת פרמיה בגין כיסוי מחלות קשות (פרק ה'1):**

המבטח יהא רשאי לבצע התאמה של דמי הביטוח בגין כיסוי מחלות קשות (פרק ה'1), אם תידרש, לא לפני המועד בו חלפו 12 חודשים ממועד כניסתו של כיסוי זה לתוקף ביום 01.09.2014, ומדי 12 חודשים לאחר מכן, וזאת בכפוף לאמור להלן:

- 8.7.1. התאמת דמי הביטוח תיעשה רק במידה ויתברר כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם בסעיף 6.2 להלן.
- 8.7.2. כהפסדים לענין זה ייראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות, בתוספת הגידול בעתודות לתביעות תלויות ותביעות בתשלום, לרבות IBNR, וכל סכום המועבר מהמבטח לספק שירות בגין המבוטחים תחת הסכם זה, על פי הנתונים שנרשמו בספרי המבטח, בגין אותה תקופת ביטוח שבגינה נעשית התאמת דמי הביטוח, כשהם משוערכים למדד, על שיעור של 70% מסכום דמי הביטוח המשולמים בגין אותה תקופה, כשהם משוערכים למדד.
- 8.7.3. התאמת הפרמיה תבוצע באופן בו דמי הביטוח יעלו בשיעור ההפסד ובתוספת נוספת של 25%.

9. פיגורים בתשלומים

- 9.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו תוך 20 יום לאחר שהמבטח דרש מבעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ולארגון העובדים ו/או למבוטח בכתב כי ההסכם יתבטל כעבור 45 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 9.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 9.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 45 יום ממועד משלוח מכתב הביטול לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו יפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 9.3. אחרי חלוף 45 יום ממועד ביטול ההסכם כאמור בסעיף 9.1 לעיל, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

10. תנאי הצמדה למדד

- 10.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 10.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין

- אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 10.1.2. "המדד היסודי" - משמעו מדד חודשי יולי 2010, שפורסם ב- 15 באוגוסט 2010 שהינו 11,534 נקודות.
- 10.1.3. "המדד הקובע" - לגבי כל אחד מהתשלומים הנזכרים בסעיפים 10.2 ו- 10.3 להלן - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 10.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 10.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי. לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא מועד פירעון התשלום בפועל.

11. תשלום בעת תביעה

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לפצות את המבטח או לשלם למבטח סכומים כנגד קבלות מקוריות בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המירבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם, בכפוף להוראות ההסכם והנספחים המצורפים לו כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם לסעיף 6 להלן.

12. תגמולי ביטוח

- 12.1. המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבטח כנגד קבלות מקוריות. המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת, שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח כמפורט בסעיף 6 להלן.
- אם הגיש המבטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבטח למבטח העתק קבלה "נאמן למקור" ויציין את הגורם אליו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע או קיבל מגורם האחר.
- 12.2. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 12.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 12.4. נפטר המבטח לאחר אישור תביעתו ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

12.5. המבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

13. תחלוף (סברוגציה)

13.1. מששילם המבטוח תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום, לפיצוי או שיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטוח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, ובלבד שלא תפגע מלוא זכאותו של המבטוח לכיסוי הוצאותיו בגין מקרה הביטוח.

13.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטוח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטוח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטוח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

13.3. קיבל המבטוח מצד שלישי תשלום, פיצוי או שיפוי בגין מקרה הביטוח, אשר שולם ע"י המבטוח, על המבטוח להעבירו למבטוח; במידה והמבטוח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטוח, על המבטוח לפצות את המבטוח בשל כך, עד גובה הזכות עליה ויתר המבטוח.

13.4. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטוח כאמור.

13.5. על אף האמור לעיל, כל פיצוי המשולם על-פי פוליסה זו או פרק מפרקיה, לא יכלל במסגרת הוראות סעיף זה ולמבטוח לא תהיה כל זכות תחלוף בנוגע לתשלומים אלה.

14. כפל ביטוח

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

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

15. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם

15.1. המבטוח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

15.1.1. מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבטוח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 17 להלן.

15.1.2. שירותו של המבטוח בצבא או במשטרה, אם המבטוח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ובלבד שלא תפגע מלוא זכאותו של המבטוח לכיסוי הוצאותיו בגין מקרה הביטוח.

15.1.3. השתתפות פעילה של המבטוח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, מהומות בלתי חוקיות, מעשה

- חבלה בלתי חוקי או כל מקרה בלתי חוקי הנעשה בדרך או כל פעולה בלתי חוקית.
- 15.1.4. אלכוהוליזם או שכרות (על פי כל דין) של המבוטח; שימוש בסמים אסורים על פי החוק על ידי המבוטח ו/או שימוש לרעה בתרופות נרקוטיות, למעט אם נמסרה על כך הודעה למבטח בכתב טרם כניסת הביטוח לתוקפו והשימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.
- 15.1.5. ניסיון להתאבדות, או חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון, ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 15.1.6. הפרעות נפש ו/או טיפולי נפש ו/או מחלת נפש.
- 15.1.7. תחביבים מסוכנים (כגון: גלישה אווירית, רכיפה, צניחה, דאיה, צלילה לעומק העולה על 30 מ', וטיסה בכלי טיס של בתי ספר פרטיים לטיסה). יודגש כי החריג לא יחול על טיסה כנוסע במטוסים המטיסים אזרחים בטיסה מסחרית רגילה.
- 15.1.8. פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא.
- 15.1.9. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי הנושאת שכן בצידה.
- 15.1.10. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS (איידס) או נשאות (HIV+).
- 15.1.11. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.
- 15.1.12. מום מולד, בכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 16 להלן.
- 15.1.13. טיפול או ניתוח רפואי שאינו בגדר ניתוח או טיפול רפואי קונבנציונאלי, לרבות טיפול הומאופטי ו/או ניסיוני או ו/או ניתוח או טיפול למטרות ניסוי או מחקר, טיפול או ניתוח קוסמטי ו/או אסתטי ו/או ניתוח לתיקון קוצר ראייה.
- 15.1.14. ניתוחים או טיפולים או תרופות הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות.
- 15.1.15. ניתוחים או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים ו/או ניתוח המבוצע ע"י רופא שיניים.
- 15.1.16. בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול דיאליזה, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות.
- 15.2. מובהר בזאת כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או ע"י מעשה או מחדל של הנ"ל.

16. מצב רפואי קודם:

16.1. הגדרות:

"מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה,

"אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח.

"סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

16.2. חריג מצב רפואי קודם:

לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות אשר אובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח.

16.3. תחולת חריג מצב רפואי קודם:

לא הוחרג מצב רפואי קודם בדף פרטי הביטוח של מבוטח מסויים יהיה סייג בשל מצב רפואי קודם, מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת מועד הצטרפותו לביטוח, כדלקמן:

16.3.1. למבוטח שגילו בעת הצטרפותו לביטוח פחות מ- 65 שנים - שנה ממועד הצטרפותו לביטוח.

16.3.2. למבוטח שגילו במועד הצטרפותו לביטוח הינו 65 שנים או יותר - 6 חודשים ממועד הצטרפותו לביטוח.

יובהר, כי לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבביטוח הקבוצתי הקודם לעובדי בעל הפוליסה שתוקפו פג במועד תחילת תקופת ההסכם הראשונה לבין פוליסה זו, לא יחול חריג מצב רפואי קודם על מבוטחים שעברו ברצף לפוליסה זו ובוטחו בה ממועד תחילת תקופת ההסכם הראשונה ועד למועד קרות מקרה הביטוח הנתבע.

16.4. סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסויים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסויים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסויים.

16.5. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסויים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסויים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת

16.6. על אף האמור לעיל, אם נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותו טרם הצטרפותו לביטוח, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב בריאותו ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

17. תקופת אכשרה

17.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 30 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

17.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון

והפריה חוץ גופית במהלך 180 חודשים ראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבטוח.

17.3. למרות האמור בסעיפים 17.1 ו-17.2 לעיל, עובדים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים בביטוחי בריאות תקפים או מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, ערב הצטרפותם להסכם זה (להלן: "פוליסות קודמות"), יהיו פטורים מתקופת אכשרה על כיוויים וסכומים חופפים להסכם זה ובתנאי שהשלימו את תקופת האכשרה על פי הפוליסות הקודמות והמציאו למבטח אישור על היותם מבוטחים בכיסוי הנתבע במסגרת הפוליסה הקודמת במועד הצטרפותם לביטוח עפ"י הסכם זה.

18. נוהל תביעה

18.1. יבוקר מוקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבטוח על הצורך בניתוח או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המזכה עפ"י ההסכם, יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המזכים שבהסכם זה.

18.2. יובהר להלן, כי מסלול פניית המבטוח יהיה כדלקמן -

18.3. עם היוודע לו מקרה הביטוח, על המבטוח או מי מטעמו לפנות למבטח באמצעות מוקד שירות הלקוחות של המבטח, לקבלת הנחיות מפורטות כיצד לפעול. בנוסף, במידת הצורך ולפי שיקול דעתו, ילווה סוכן הביטוח את המבטוח ו/או מי מטעמו בשלבי הטיפול בתביעה.

18.4. **קבלת אישור המבטח כאמור הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי ביטוח זה.**

18.5. על אף האמור לעיל, אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף במבטוח ושמנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה, בכפוף לכך כי התקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך 72 שעות.

18.6. המבטוח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטוח.

18.7. המבטוח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים אשר בידי או אלו הידוע לו על קיומם בידי אדם אחר, הדרושים למבטח לשם בירור חבותו.

18.8. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטוח לבדיקה רפואית ו/או תפקודית על ידי רופאים ו/או אחים/יות ו/או עובדת סוציאלית מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

18.9. אושרה התביעה, ישלם המבטח ישירות לנותן השרות או למבטוח לפי העניין.

18.10. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבטוח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבטוח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים בהם נשא או במקרה של תביעה גם לגורם מבטח אחר עותק מאושר של הקבלות והאישורים המפורטים בסעיף 12.1 בהסכם זה לעיל.

18.11. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בחו"ל או טיפולים מיוחדים בחו"ל (פרק ראשון), אושר ביצוע השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל, אזי:

- 18.11.1. ייתן המבטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 18.11.2. יהיה על המבטח, בסיכום מראש עם המבוטח, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.
- 18.11.3. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא למבטח בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידו ולא תשולם בנוסף להם.

19. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה ולא המבטח יהיה חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר, **למעט אם חלים ולא יחולו על פי דין על המבטח**. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום בעל הפוליסה ובמקרה זה, יהיה בעל הפוליסה מחויב לשפותו בתוספת הצמדה (וריבית) מיום תשלום המבטח ועד ליום השיפוי על ידי בעל הפוליסה.

20. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא על פי חוק חוזה הביטוח.

21. תשלומים "לפנים משורת הדין"

המבטח יאפשר לבעל הפוליסה, במהלך תקופת ההסכם, לאשר תשלומי תביעות לפנים משורת הדין (אשר אינם עונים לתנאי הזכאות לפי פוליסה זו) ולא יותר משיעור של 3% מדמי הפרמיה השנתיים. בעל הפוליסה יורה למבטח מי יהיו המוסמכים מטעמו להורות למבטח על תשלום לפנים משורת הדין. לא ישולמו סכומי ביטוח לפנים משורת הדין מעבר לשיעור 3% מדמי הפרמיה השנתיים, כאמור לעיל.

22. הגבלת אחריות המבטח

אחריות המבטח לתשלום תביעה שעל פי הסכם זה הינה אך ורק למבוטח אזרח תושב קבע של מדינת ישראל. המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי הסכם זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל- 90 יום. חזר המבוטח ושב למדינת ישראל, ויוכיח את זכאותו לתגמולי ביטוח על פי הסכם זה, ישלם לו המבטח כמוסכם על פי תנאי הסכם זה. על מנת למנוע ספק, מודגש, כי בכל מקרה לא ישולמו תגמולי ביטוח עבור התקופה בה שהה המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל. יובהר כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכאות המבוטח לכיסוי על פי פרק ההשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל בכפוף להוראות הפוליסה.

23. ועדה ליישוב מחלוקות

- 23.1. בכל מקרה של חילוקי דעות בין בעל הפוליסה ו/או כל מבוטח לבין המבטח בנוגע לזכאותו של מבוטח לקבלת כיסוי ביטוחי ו/או שירות רפואי על פי הפוליסה, יוכרעו חילוקי הדעות בוועדה ליישוב מחלוקות.
- 23.2. ועדה ליישוב מחלוקות תורכב משני נציגים של המבטח ושני נציגים של ארגון העובדים. החלטות הוועדה יתקבלו בהסכמה.
- 23.3. באם לא יגיעו להסכמות, תעביר הוועדה את המחלוקת להכרעתו של רופא-בורר.
- 23.4. הרופא - בורר יהיה רופא אשר הוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור מומחה ובחינות) התשל"ג-1973.
- 23.5. בחירת רופא - בורר לגבי כל מקרה ספציפי, בהתייחס לתחום המומחיות הדרוש (לפי המקרה), ארגון העובדים יציעו 3 רופאים כהגדרתם בסעיף 23.4 לעיל, לבחירתו של המבטח, ובכל מקרה תוך שיתוף פעולה לשביעות רצון הצדדים בבחירת הרופא הנ"ל.
- 23.6. הכרעת הרופא-בורר תהיה סופית ותחייב את הצדדים.
- 23.7. שכרו של הרופא-בורר ישולם על ידי המבטח.
- 23.8. יובהר כי אין בשימוש במינוח בורר בכדי להכפיפו לחוק הבוררות, תשכ"ח-1968, והוא אינו חל על הוראות סעיף זה.

24. הצהרות והתחייבויות המבטח

- המבטח מצהיר ומתחייב כלפי בעל הפוליסה, כי הוא:
- 24.1. בעל רישיון מבטח תקף לעסוק בביטוח רפואי ובביטוח מפני מחלות ואשפוז לפי חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), תשמ"א-1981.
 - 24.2. ממלא אחר כל הוראות החוק החלות עליה לרבות מכח חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) תשמ"א-1981.
 - 24.3. כל מי שיועסק על ידו במתן השירות, הם בעלי הסמכה, הניסיון והידע הדרושים לשם מתן השירות ברמה מקצועית גבוהה, ביעילות ובמיזמנות.
 - 24.4. יטפל בכל העניינים שימסרו לטיפולו במסירות, ביעילות וברציפות.
 - 24.5. יפעל בנאמנות ובמקצועיות.
 - 24.6. יעמיד לבעל הפוליסה כל מידע הקשור לשירותים המוענקים על פי התקשרות זו (להלן: "השירותים") לרבות דיווח כללי, דיווח על סך התביעות ששולמו, סך כל התביעות התלויות ועומדות, מספר התביעות שנדחו והסיבות לכך, נתונים אקטואריים וכל מידע אחר אשר יתבקש על ידי בעל הפוליסה בקשר לשירותים או כל חלק מאלה, והכל בכפוף להוראות הדין.
 - 24.7. מסכים לעדכן את הפוליסה ולהתאימה לכל הנחיות הפיקוח על הביטוח אשר יפורסמו או פורסמו אך טרם נכנסו לתוקף במועד תחילת תקופתו של הסכם זה, אם יפורסמו והנוגעות לסוג הכיסוי וסוג הפוליסה האמורה ככל שהן פועלות לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה, בכפוף להתאמת הפרמיה לפי דרישת המבטח.
 - 24.8. מתחייב להעביר את דמי המנוי לספק השירותים הרפואיים מטעמו במידת הצורך.

25. מתן מידע

מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 24.6 לעיל, יעמיד המבטח לרשות בעל הפוליסה ונציגי ארגון העובדים בוועדה ליישוב מחלוקות כל מידע רפואי, כספי או אחר הנדרש, בכפוף להוראות כל דין, לרבות בדבר חיסיון רפואי, הגנה על הפרטיות וצנעת הפרט, כמפורט להלן:

- 25.1 מספר המבוטחים שהצטרפו לתוכנית תוך הפרדה בין מספר העובדים, בני המשפחה, נתוני תביעות, ומספר התביעות.
- 25.2 סך התביעות ששולמו וסך התביעות התלויות ועומדות, לפי פרקי הפוליסה השונים, מספר התביעות שנדחו, פירוט תביעות שנדחו והסיבות לדחיית התביעות, נתונים אקטואריים וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה ונציגי ארגון העובדים בוועד ליישוב מחלוקות בקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבוטחים (להלן: "הדיווח הכללי").
- 25.3 הדיווח הכללי יוגש לבעל הפוליסה ונציגי ארגון העובדים כאמור, אחת לשנה (בחלוף 30 יום מתום כל שנת התקשרות).
- 25.4 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יאפשר המבטח לרופא - בורר לעיין בכל המסמכים הרלוונטיים לתביעה שנדחתה על ידו במשרדי המבטח (בתיאום שיבוצע עם המבטח לפחות שני ימי עבודה מראש), בכפוף להוראות הדין.

26. איסור הסבה

המבטח אינו רשאי להעביר או להסב במישרין או בעקיפין את זכויותיו ו/או חובותיו בהתאם לפוליסה זו אלא בהסכמת בעל הפוליסה וארגון העובדים מראש ובכתוב.

27. כללי

- 27.1 למען הסר ספק מובהר כי כל מיסים או תשלומים נלווים אחרים החלים ו/או אשר יחולו עפ"י דין על המבטח, ישולמו על ידי המבטח ללא זכות קיזוז כנגד הפרמיה.
- 27.2 כל אימת שהמבטח מחויב לשלם על פי הפוליסה למבוטח ו/או לבעל הפוליסה, בגין מקרה ביטוח לפי תנאי פוליסה זו, יועבר התשלום בתוך 7 ימים ממועד אישור התביעה לאחר מסירת הקבלות הדרושות למבטח וכל המסמכים לפי דרישת המבטח ולשביעות רצונו.
- 27.3 כל ההודעות והצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב.
- 27.4 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 27.5 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:
- 27.6 **המבטח:** כלל חברה לביטוח בע"מ
כתובת: רח' ראול ולנברג 36, תל אביב
בעל הפוליסה: קרן קיימת לישראל
מרח' קק"ל 1, ירושלים
- 27.7 כל הודעה אשר תשלח לבעל הפוליסה תחשב כאילו נמסרה למבוטחים.
- 27.8 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

28. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

נספח 1

מבוא

1. הגדרות

- הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.**
- 1.1 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
 - 1.2 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.3 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
 - 1.4 "בית חולים פרטי" - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3 שהינו בבעלות פרטית או בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן) ואשר אושר ע"י המבטח.
 - 1.5 "בית חולים מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
 - 1.6 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
 - 1.7 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות שטחי יהודה ושומרון, הנמצאים בשליטה מלאה של ישראל.
 - 1.8 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
 - 1.9 "הסכם השירות" - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
 - 1.10 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
 - 1.11 "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
 - 1.12 "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף לעיל, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת.
 - 1.13 "מנתח אחר" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.11 לעיל, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
 - 1.14 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
 - 1.15 "יעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופאים מומחים, בעלי תעודת מומחה בתוקף של 5 שנים לפחות, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
 - 1.16 "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
 - 1.17 "אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו.
 - 1.18 "יום אשפוז" - יממה בת 24 שעות שתחילתה הינה במועד ביצוע הניתוח.
 - 1.19 "אחות" - אחות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.

- 1.20. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), לרבות חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן.
- 1.21. **"בדיקות"** - בדיקות חוזרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית חולים.
- 1.22. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.
- 1.23. **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, מעי, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם עצמית או תאי אב עצמית. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל ולרבות השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- למען הסר ספק יובהר כי קוצב לב ו/או דיאליזה לא ייחשבו השתלה. ההגדרה שלעיל הינה בכפוף לקיום כל התנאים המצטברים הבאים:
- 1.23.1. רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.
- 1.23.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.
- 1.23.3. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
- 1.23.4. ההשתלה תיעשה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ובכלל זה התקיימו כל אלה:
- א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
- ב. מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.
- 1.24. **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק ראשון בנספח זה.
- 1.25. **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו אחד התנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בדרגה של סגן או מנהל מחלקה בי"ח בישראל מטעם המבוטח שקביעתו תאושר ע"י רופא מטעם המבטח.
- 1.25.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

- 1.25.2. סיכויי הצלחת הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה בישראל.
- 1.25.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח המיוחד עולה על זמן סביר וזמן ההמתנה בחו"ל קצר משמעותית מזמן ההמתנה בארץ.
- 1.25.4. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול משמעותית מהניסיון בביצועו בישראל.
- לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה או טיפול לא קונבנציונאלי.**
- 1.25.5. למען הסר ספק מובהר בזה כי:**
- א. טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות למבוטח.**
- ב. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובמדינת ישראל כאחד.**
- 1.26. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או מניעה ו/או טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית לאבחון או מניעה או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.27. **"נותן שרות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.28. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו הזכאים לקבלת תגמולי הביטוח לפי הוראות הסכם זה.
- 1.29. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.30. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.31. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או ממועד הוספת כיסוי ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.
- 1.32. **"דמי ביטוח"** - הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.
- 1.33. **"ניתוח אלקטיבי"** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר המיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

הרובד הבסיסי

פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המצריך השתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

2. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח וביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל, בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, כמפורט להלן:

2.1. להשתלה ו/או להשתלות אצל נותני שירות שבהסכם - המבטח יישא בהוצאות הרפואיות שלהלן בעת האשפוז - שיפוי מלא.

במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם השירות ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם השירות, תהא חבות המבטח עד תקרת הסכום המשולמת בגין השתלה בעת אשפוז בבית חולים מוסכם ו/או על ידי צוות שבהסכם השירות בלבד, לא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להגשת קבלות מקוריות ועד תקרה מירבית כמפורט בנספח 2, למעט במקרה השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, במקרה זה תהא תקרת הסכום כנקוב בנספח 2.

2.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו כמפורט בנספח 2.

2.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 לעיל יכללו את ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

2.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות הרפואיים עבור בדיקות הערכה רפואיות של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.

2.3.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור האיבר המושתל, קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2;

2.3.3. הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.3.4. שכר כל הצוות הרפואי בעת אשפוז, לרבות פיזיותרפיה;

2.3.5. בדיקות לרבות רפואיות בעת אשפוז, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

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

2.3.7. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז;

2.3.8. הוצאות אשפוז בחו"ל עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 335 יום לאחר ביצועם;

- 2.3.9. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל - עד לסכום הנקוב בנספח 2;
- 2.3.10. הוצאות נסיעה לחו"ל עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולמלווה אחד, או אם המבוטח הנו קטין - שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;
- 2.3.11. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;
- 2.3.12. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין 2 מלווים וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;
- 2.3.13. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, ועד לסכום הנקוב בנספח 2;
- 2.3.14. הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2.
- 2.3.15. מיסים היטלים ולא הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח.

2.4 פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח
 בוצעה במבוטח השתלה כהגדרתה לעיל בחו"ל (למעט השתלה עצמית) בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ללא השתתפות המבטח בתשלום כלשהו בגינה, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 2, בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל אישר כי המבוטח עבר השתלה בתוך תקופת הביטוח.
למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי מלא על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1 ו- 2.3 לעיל.

2.5 גמלת החלמה לאחר השתלה
 בוצעה במבוטח השתלת כבד, לב, לב-ריאה, מעי, ריאה, לבלב כליה, ו/או מח עצמות מגופו של תורם אחר ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, תשלום חודשי בסך הנקוב בנספח 2 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים.
 ילד עד גיל 21 יהיה זכאי למחצית מסכום הגמלה החודשית, כמפורט בנספח 2.
 נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלא התשלומים החודשיים דלעיל, תשלום היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.
 גמלת החלמה כאמור לעיל תשולם גם במקרה ביצוע ההשתלה בישראל.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

בית-מרקחת	- מקום המורשה על-פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור (להלן: "נותן השירות").
טיפול תרופתי	- נטילת תרופה על פי מרשם, באורח חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
מרשם	- מסמך רפואי החתום על-ידי רופא בית חולים או רופא מומחה בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול וכל 3 חודשים את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים אחד בכל פעם.
סכום השיפוי המרבי	- גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבוטח בעבור תרופה על-פי פרק זה.
סל הבריאות הממלכתי	- מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן.
רופא מומחה	- רופא, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנדרש לטיפול בתרופה.
רופא	- אדם אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה, למעט רופא שיניים.
רופא בית חולים	- רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלבנטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת סטאז').
תרופה	- חומר כימי או ביולוגי שנועד לטפל במצב, מניעת החמרתו (לרבות התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, ו/או התפתחות אותה המחלה, כתוצאה ממחלה או תאונה.
בית חולים	- מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי.

2. מקרה הביטוח:

2.1 קרות מחלה או תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי, אשר אושרה על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב (FDA), ו/או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA) ו/או קנדה ו/או אוסטרליה ו/או ניו זילנד ו/או שווייץ ו/או נורבגיה ו/או איסלנד (להלן: "המדינות המוכרות").

2.2 קרות מחלה או תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי במבוטח באמצעות לתרופות הכלולות בסל הבריאות הממלכתי, אך לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבוטח, ובלבד שההתוויה הנדרשת מאושרת כתרופה על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.3 קרות מחלה או תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופות אונקולוגיות והמטו-אונקולוגיות שאושרו 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
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
 - ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א) NCCN
 - ב) ASCO
 - ג) NICE
 - ד) ESMO Minimal Recommendation

3. התחייבות המבטח:

המבטח יספק למבוטח את התרופה או ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עפ"י בחירתו ושיקול דעתו של המבטח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי לפי סעיף 3 זה, ובכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

3.1 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה ויצג מרשם החתום ע"י רופא מומחה. **קבלת האישור כאמור הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח עפ"י פרק זה.**

- 3.2. השיפוי המרבי לכל תקופת הביטוח אותו ישלם המבטח למבוטח יהיה עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. בנוסף, יינתן שיפוי בסך של עד 500,000 ₪ למקרה ביטוח חדש, לאחר מיצוי מלוא סכום הביטוח הראשוני. לאחר מיצוי סכום הביטוח למקרה ביטוח חדש כאמור לעיל, יבוטל פרק זה לאותו מבטח.
- 3.3. המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בסכום שלא יעלה על הנקוב בנספח 2 להסכם זה, למשך תקופה שלא תעלה על 45 יום.
- 3.4. בפרק זה יינתן כיסוי למקרה ביטוח שארע כתוצאה מתאונת דרכים, תאונת עבודה ו/או פעולות איבה.

4. השתתפות עצמית

- 4.1. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית למרשם בסך של 200 ₪ ובכל מקרה לא יותר מ-400 ₪ בגין כל המרשמים בחודש.
- 4.2. בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה עפ"י פרק זה באמצעות תוכנית השב"ן בה הוא עמית (הביטוח המשלים), ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בגובה סכום ההשתתפות העצמית בה המבוטח נשא ובתנאי שעלות התרופה עולה על סכום ההשתתפות העצמית הנקובה בסעיף 4.1 לעיל. במקרה שהמבוטח בחר לקבל תרופה המכוסה עפ"י פרק זה באמצעות השב"ן, לא יהיה חייב הוא בתשלום ההשתתפות העצמית למרשם הקבועה בפרק זה.

5. הגבלת חבות המבטח מחוץ לגבולות ישראל

- 5.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטח לתשלום תגמולי הביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל- 120 ימים בלבד בכל שהייה מחוץ לגבולות ישראל, אלא אם הסכים המבטח מראש ובכתב לקבל אחריות בהיקף שונה.
- 5.2. חזר המבוטח לישראל והוכיח למבטח את זכאותו לתגמולי הביטוח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח כל עוד הוא זכאי לכך על-פי תנאי ביטוח נוסף זה.

6. בוטל

7. חריגים מיוחדים לפרק זה:

- בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, פרק זה אינו מכסה את המקרים כדלקמן:
- 7.1. תרופה ניסיונית או תרופה לטיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית. תרופה ניסיונית הינה תרופה שאינה רשומה כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, למעט תרופה העומדת בהגדרה המפורטת בסעיף 2.3 לעיל.
- 7.2. התרופה נדרשת לטיפול בסיבוכי הריון ו/או לידה או אין אונות ו/או פוריות ו/או עקרות.
- 7.3. תרופה למחלות נפש ו/או לטיפולים נפשיים.

- 7.4. טיפול תרופתי מונע כדוגמת טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 7.5. המבוטח נושא או יישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או לצהבת לסוגיה השונים.
- 7.6. תרופה לטיפולים קוסמטיים או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או לגמילה מעישון.
- 7.7. תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.
- 7.8. הוצאה בגין תרופה שנרכשה לאחר תום תקופת הביטוח.

פרק ג' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

- 1.1. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.
- 1.2. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, רנטגן, אק"ג, בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת PET וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.3. "בדיקות ושירות להריון" -
 - 1.3.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון.
 - 1.3.2. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.3. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מוקדמת או מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר או סיסי שליה.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

2. מקרה הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לשירותי הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל כתוצאה מבעיה רפואית פעילה אשר התעוררה אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

3. תנאים מוקדמים התחייבות המבטח

הפניית המבוטח לייעוץ אצל מומחה תעשה על ידי רופא המשפחה ו/או הרופא המטפל ו/או רופא המבטח. קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה באישור מוקדם של המבטח. במידה ולא תיארם המבוטח מראש את הייעוץ, תתקבל תביעתו של המבטח במידה והינו זכאי עפ"י תנאי הסכם זה.

4. התחייבות המבטח

- 4.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח** - התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה אשר בתחום מומחיותו. **למען הסר ספק, התייעצות רפואית עם רופא מומחה לא תכלול את רופא המשפחה ו/או רופא הילדים המטפל במבוטח.**
המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות, ועד תקרת סכום הנקוב בספח 2 לכל התייעצות ולא יותר משתי (2) התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבוטח.

- 4.2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 למבוטח בשנה.
- 4.3. **בדיקות הריון** - המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל בדיקה למבוטח/ת לכל הריון ולא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 2 בגין כל בדיקות ההיריון למבוטחת להיריון. **תקופת אכשרה בסעיף זה - 6 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.**
- במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.**
- 4.4. **טיפול הפריה חוץ גופית** - המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (IVF), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.
- תקופת אכשרה בסעיף זה - 6 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.**
- כיסוי זה יינתן מעבר לזכאות על פי החוק (למבוטחת שלה כבר 2 ילדים), בתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על פי פרק זה (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי). מובהר כי תגמולי הביטוח על פי סעיף זה יינתנו לאחד מבני הזוג בלבד.**
- 4.5. **טיפול פיזיותרפיה לאחר ניתוח** - המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה לאחר אשפוז - עד 6 טיפולי פיזיותרפיה בגין ניתוח אחד, המכוסה על פי ההסכם, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 למשך שנת ביטוח אחת. יכוסו עד 12 טיפולי פיזיותרפיה בשנת ביטוח אחת.
- 4.6. **טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה** - המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה הניתנים למבוטח בעקבות ניתוח המכוסה על פי הסכם זה במהלך תקופת הביטוח בין ע"י תשלום ישירות לבית החולים או למבוטח עצמו, אך לא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 2 בגין כל הטיפולים במהלך שנת ביטוח אחת.
- 4.7. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב- amblyopia** - המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 2 ועד 12 טיפולים.
- 4.8. **מני לשרותי משדר קרדילוגי** - המבטח ישתתף בהוצאות מני לשרותי משדר קרדילוגי בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בנייתו לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למני לשרותי משדר קרדילוגי אוטם שריר הלב בו

לקה, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 2 לחודש ועד 18 חודשים.

4.9. התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב - המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 2 ועד 9 חודשים.

4.10. שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר השתלת לב או ניתוח לב - המבטח ישתתף בהוצאות השהייה רק בתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה מוכר הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 2 ליום ועד 14 יום.

4.11. עזרה ראשונה לכאבי שיניים - המבטח יכסה הוצאות המבוטח במקרה של צורך בעזרה ראשונה לשיכור כאבי שיניים במקרים כדלהלן וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 2 ועד 5 טיפולים בשנת ביטוח:

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

4.12. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל -

מקרה הביטוח - הזדקקות המבוטח, אשר ברשותו חוות דעת ראשונה של רופא מומחה, לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי.

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

חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה.

חוות דעת רפואית שנייה הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למבוטח מנותן חוות הדעת השנייה. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכלול גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

סכום הביטוח - שיפוי עד עלות חוות הדעת אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ועד תקרה של 4,564 ₪.

המבוטח זכאי ל"חוות דעת שנייה" כמוגדר לעיל, אחת לכל שנת ביטוח.

4.13. ייעוץ רפואי מיוחד - נתגלתה במבוטח מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי

לעד שני ייעוצים אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבטח. התשלום יועבר ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר, יוחזרו למבוטח הוצאותיו עד תקרת סכום כנקוב בנספח 2 בגין כל ייעוץ ולא יותר מההוצאה

בפועל. אין בסעיף זה בכדי לפגוע באמור בסעיף 4.1 לעיל, שני הייעוציים ניתנים זה בצד זה.

הגדרת מחלות קשות

א. רטן - (Cancer)

1. נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:
2. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.
3. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.
4. מחלות עור מסוג:
(א) Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;
(ב) Squamous Cell Carcinoma (מחלות עור מסוג
אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים).
5. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.
6. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM T2 No Mo-
Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).
7. לוקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

ב. אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.

ג. שבץ מוחי (CVA) - כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך, הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI, הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו - בזילרית ו-TIA.

ד. התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome) - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיותמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. כאבי חזה אופייניים.
 2. שינויים חדשים באק"ג. האופייניים לאוטם.
 3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.
- למען הסר ספר מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

ה. נכות מלאה ותמידית - המבוטח ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח.

מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי הגפיים, יחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לענין פרק זה.

5. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על כל פרקי ההסכם ועל כל נספחים, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח ו/א ושיפוי למבוטח במקרים הבאים:

- 5.1. עבור בדיקות אשר אינן כלולות כמקרה ביטוח על פי הסעיפים 1.2-1.3 לעיל, על כל סעיפי המשנה שבהם.
- 5.2. עבור שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירותים התחייב לתת בעתיד. ויובהר, לא ישולם תשלום למפרע, למי מנותני השירותים, בגין שירות אשר טרם ניתן למבוטח
- 5.3. בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

פרק ד' - ביטוח סיעודי

(עד ליום 31.03.2017)

1. הגדרות

- 1.1. "מקרה הביטוח" - היות המבוטח "בעל צורך סיעודי" כהגדרתו בסעיף 2 להלן.
- 1.2. "תשלום גמלת סיעוד" - התשלום החודשי למבוטח אשר עונה על הגדרת "בעל צורך סיעודי", כמפורט בסעיף 2 להלן, בסכום שנקבע בהסכם הביטוח ובשיעורים המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 1.3. "תקופת המתנה" - תקופת זמן רצופה שמשכה נקוב בסעיף 3.1 בפרק זה להלן. תחילתה במועד בו הוכר המבוטח כבעל צורך סיעודי על פי תנאי פרק זה ובכפוף להוראות ההסכם על נספחיו, ואשר בגינה לא ישלם המבוטח את תגמולי הביטוח.

2. הגדרת "בעל צורך סיעודי"

- המבוטח ייחשב כ"בעל צורך סיעודי" לעניין ביטוח זה, בהתקיים אחד משני האירועים הבאים לפחות:
- 2.1. אם מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:

הפעולות הן:

- א. **לקום ולשכב:** יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
- ב. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
- ג. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- ד. **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
- ה. **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
- ו. **ניידות:** יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או

לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

2.2. כ"בעל צורך סיעודי" ייחשב מבוטח אשר מצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - 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.

3. חבות המבוטח לתשלום גמלת הסיעוד

3.1. המבוטח ישלם למבוטח או לאפוטרופוס שמונה לו כדין את גמלת הסיעוד כמפורט להלן:

3.1.1. תשלום גמלת הסיעוד יבוצע לאחר תקופה של 60 יום (להלן: "תקופת המתנה") בה נחשב המבוטח כבעל צורך סיעודי. מובהר בזאת כי בגין תקופת המתנה לא יקבל המבוטח תשלום גמלת סיעוד.

מבוטח הנחשב כבעל צורך סיעודי וכל עוד יחשב ככזה, יזכה בתשלום גמלת סיעוד לכל היותר לתקופה מצטברת שלא תעלה על תקופה של 72 חודשים.

3.1.2. תשלום גמלת הסיעוד יבוטל במות המבוטח (ח"ח), או אם פסק המבוטח מלהיות בעל צורך סיעודי או בתום התקופה המצטברת של 72 חודשים בהם שולמה למבוטח גמלת סיעוד, לפי המוקדם מביניהם.

3.1.3. **גובה גמלת הסיעוד החודשית: כנקוב בנספח 2, בכפוף למפורט להלן:**

3.1.3.1. למבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2 לעיל, כשאחת מהן היא אי שליטה על סוגרים - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.2. למבוטח שאינו יכול לבצע 3 או יותר מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2 לעיל - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.3. למבוטח שהינו תשוש נפש, כמוגדר בסעיף 2 לעיל - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.2. **תביעה חוזרת** - למרות האמור לעיל, אם קרה מקרה הביטוח תוך 12 חודשים מתום התקופה שבגינה שילם המבוטח את גמלת הסיעוד, ישלם המבוטח את גמלת הסיעוד מיום קרות מקרה הביטוח האמור, ללא צורך בתקופת המתנה נוספת, ועד תקופה מצטברת של 72 חודשים.

3.3. **שחרור מתשלום דמי הביטוח** - המבוטח ישוחרר מתשלום דמי הביטוח החודשיים המשולמים עבורו בגין הכיסוי הסיעודי במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

3.4. **הכיסוי בגין הביטוח הסיעודי אינו חל על ילדים עד גיל 3, וילדים עד גיל 3 אינם זכאים לקבלת גמלת סיעוד עפ"י הסכם זה.**

3.5. **הוצאות שיקום** - מבוטח שהינו בעל צורך סיעודי כמוגדר לעיל וזכאי לתשלום גמלת הסיעוד החודשית עפ"י פרק זה, יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות שהוצאו על ידו עבור טיפולים רפואיים לשיקומו, אשר עפ"י חוות דעת רופא שיקומי או גריאטרי יש בהם כדי לסייע למבוטח הסיעודי לשוב ולתפקד כעצמאי או לשפר תפקוד של אחת מהפעולות היומיומיות כמוגדר בסעיף 2.1 לעיל. השיפוי יינתן בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ועד תקרת סכום של 55,000 ₪, בכפוף להצגת קבלות מקוריות על הוצאות השיקום.

4. **הגבלת אחריות המבטח**

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

4.1. בעת ההצטרפות לביטוח, אין המבוטח יכול לבצע באופן עצמאי אחת או יותר מפעולות היומיומיות כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל. סעיף זה הינו כפוף לתנאים ולתחולת מצב רפואי קודם כהגדרתו בפרק התנאים הכלליים.

4.2. אם המבוטח הוא אישה, הרי במקרה של צורך סיעודי תוך תקופת ההיריון ו/א והלידה, תסתיים תקופת ההמתנה בכל מקרה לאחר תום החודש השלישי שלאחר הלידה.

4.3. אם המבוטח מאושפז בבית חולים או במחלקה שאינה סיעודית, לא יוכר כמקרה ביטוח במהלך תקופה זו, ועם שחרורו תיבדק זכאותו. למרות האמור, אם היה זכאי המבוטח לגמלת סיעוד במשך תקופה העולה על 30 ימים, טרם אושפז כאמור, לא יחול חריג זה.

4.4. הפיכת המבוטח ל"בעל צורך סיעודי" כתוצאה מהתמוטטות עצבים או ממחלת נפש או מליקוי נפשי אחר שאין לו קשר להשתנות אורגנית שאירעה למבוטח. יובהר כי "תשישות נפש" מהווה מקרה ביטוח סיעודי על פי הסכם זה, פרק הסיעוד סעיף 2.2.

5. **תביעות ותשלומי המבטח**

5.1. בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו, חייב למסור למבטח הודעה בכתב על הליקוי שגרם לצורך הסיעודי סמוך ככל האפשר למועד קרות מקרה הביטוח.

5.2. עם קבלת הודעה כאמור על ידי המבטח, יעביר המבטח למודיע את הטפסים הדרושים למילוי כתב התביעה ולמילוי הדוח של הרופא המטפל במבוטח. טפסים אלו, לאחר שימולאו כנדרש יש להחזיר למבטח תוך חודש ממועד קבלתם. בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו יהיה חייב להמציא למבטח את כל המסמכים הרלבנטיים האחרים הדרושים למבטח באופן סביר לשם בירור מקרה התביעה. כן יהיה המבטח רשאי לנהל כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי רופא/ה או אחות/ה או מרפא/ה בעיסוק מטעמו ועל חשבונו. חובות בעל הפוליסה והמבוטח וזכויות המבטח כאמור לעיל בסעיף קטן זה יעמדו בתוקפן הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

5.3. לאחר קבלת מלוא המסמכים הדרושים למבטח לביטוח חבותו עפ"י פרק זה, יקבל המבטח תוך 30 יום החלטה בדבר תשלום גמלת הסיעוד למבוטח ויודיע על כך לבעל הפוליסה או למבוטח או לבא כוחו. אם ההחלטה היא חיובית, ישלם המבטח את התשלומים כאמור החל מתום תקופת ההמתנה, בכפוף לאמור בסעיף 3. גמלת הסיעוד תשולם למבוטח או לאפוטרופוס שמונה לו כדין.

5.4. במות המבוטח חייב בעל הפוליסה או בא כוח המבוטח או יורשיו עפ"י הדין להודיע על כך למבטח.

5.5. המבטח ינכה מכל תשלום שעליו לשלם על פי הסכם הביטוח כל חוב המגיע לו על פי הסכם הביטוח, בהקשר עם המבוטח, מבעל הפוליסה מהמבוטח או מהמוטב.

5.6. תשלומי תגמולי הביטוח לפי נספח זה מותנים בקיום תנאי סעיף זה על ידי המבוטח ועל ידי כל אדם שחייב לעשות כל פעולה על פי סעיף זה.

6. איסור התניה על כיסוי לביטוח סיעודי

מבטח לא יתנה ביטול של כיסוי ביטוחי כלשהו בביטול של כיסוי לביטוח סיעודי קבוצתי, כלומר פוליסה לביטוח סיעודי תבטל לגבי מבוטח מסויים רק אם ביקש לבטל את הכיסוי הסיעודי.

פרק ה' - כתבי שירות

1. כתב שירות רופא עד הבית

<p>פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").</p>	<p>השירות ניתן על ידי:</p>
<p>לכל מבטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.</p>	<p>הזכאות לשירות ניתנת:</p>
<p>שירותי רופא עד הבית מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 25 ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו ימצא המנוי למעט יהודה, שומרון (אך לרבות מעלה אדומים)*, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום).</p>	<p>השירותים למנוי:</p>
<ol style="list-style-type: none"> קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשירות (להלן: "החולה"). בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במכשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. קבלת אבחנה רפואית. מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא. מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה ו/או רופא ילדים. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי. מתן תעודה רפואית. 	<p>שירות זה כולל:</p>
<ol style="list-style-type: none"> התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון 03-6388400 או 5590*, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד: - בשעות הבוקר (7:00-19:00) - עד שלוש שעות. - בשעות הערב / לילה - (7:00-19:00) - עד שעתיים. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כד"ן. 	<p>אופן קבלת השירותים:</p>
<p>כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנוי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.</p>	<p>תוקף כתב השירות:</p>

באילו מקרים אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:	אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, כוח עליון וכיוצא בזה.
אחריות המבטח:	המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

* ברמת הגולן השירות ניתן בקצרין בלבד.

בבקעת הירדן, רשאי נותן השירות שלא ליתן את השירות משיקולי בטיחות הנסיעה, והמבטח רשאי לפנות לרופא שהוזמן על ידו באופן עצמאי ולקבל החזר עד לסך של 150 ₪

2. כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי

1. השירות ניתן על ידי:

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

2. הזכאות לשירות ניתנת:

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

3. ייעוץ טלפוני

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

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

ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:

- א. התמודדות עם מוות במשפחה.
- ב. התמודדות עם מחלות כרונית, מחלות סיעודיות ומחלות חשוכות מרפא.
- ג. התמודדות עם ניתוחים.
- ד. התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית החולים.
- ה. התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה ו/או נכות, בעקבות תאונה.
- ו. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
- ז. התמודדות עם גירושין בין בני זוג.
- ח. התמודדות עם בעיות סמים.
- ט. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
- י. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
- יא. התמודדות עם בעיות התפתחות של ילדים - מוטוריות, ורבלית, תפיסית וכד'.
- יב. התמודדות עם בעיות גמילה של ילדים - ממוצץ, בקבוק, יניקה וכד'.

- ג. התמודדות עם בעיות התנהגות חריגות של ילדים בבית, בגן ילדים, בבית ספר.
- ד. התמודדות עם בעיות התנהגות בקשר הורים-ילדים.
- טו. התמודדות עם קשיי התאקלמות כתוצאה משינוי מקום מגורים.
- טז. התמודדות עם מצב סיעודי של בן משפחה מדרגה ראשונה שהינו במצב סיעודי.
- יז. התמודדות עם בעיות של הורים מבוגרים.
- יח. התמודדות עם בעיות בעבודה.

4. כיצד מקבלים את השירות?

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

5. יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים

- 5.1. המנוי זכאי ליעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות פנים אל פנים, עם מטפלים מטעם נותן השירות, בעלויות מופחתות, כדלקמן:
- 10 פגישות ראשונות עם פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני או פסיכותרפיסט - 140 ש"ח (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 2 פגישות ראשונות עם פסיכיאטר - 280 ש"ח (כולל מע"מ) לכל פגישה.
 - 25% הנחה על אבחונים של לקויות למידה והפרעות קשב. האבחונים נערכים באמצעות מכונים שבהסדר
- 5.2. מחיר פגישות נוספות, עם פסיכולוג, מעבר ל - 10 הפגישות להן זכאי המנוי בעלויות מופחתות, יקבעו בין המטפל למנוי בהתאם למקובל בענף זה, אך עלותם לא תעלה על - 250 ש"ח (כולל מע"מ) לפגישה.
- 5.3. פגישת הייעוץ הראשונה תתקיים בתוך שבוע ימים ממועד הבקשה לפגישה, למעט מקרים דחופים, כפי שייקבע על-פי שיקול דעתו המלא והמקצועי של המטפל, בהם תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך יומיים מיום הבקשה לפגישה.
- 5.4. מובהר בזאת, כי המנוי יהיה זכאי לבחור מטפל מתוך רשימת מטפלים שיציע נותן השירות, בהתאם לבעיה וכי המטפל שנתן יעוץ טלפוני, לא בהכרח יהיה זה שייפגש עם המנוי.
- 5.5. למען הסר ספק, מובהר בזאת שאת התשלום עבור פגישות הייעוץ ישלם המנוי בעצמו ישירות למטפל.

- 5.6. מובהר בזאת שהמנוי זכאי רק לטיפולים שניתנים בקליניקות פרטיות, ללא צורך באשפוז, טיפול פסיכיאטרי, טיפול במעון יום וללא צורך בהתערבות מוסדית כלשהי.
- 5.7. מובהר בזאת שהשירות לא כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

6. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

7. אחריות המבטח:

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

3. מוקד מידע טלפוני תמצית כתב השירות:

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בידיים:

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

"**המנוי**" - מבטחי כלל חברה לביטוח בע"מ בפוליסה תקפה שכתב שירות זה צורף אליה (להלן: "**המנוי**"). לעניין זכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה, יראו כמנוי גם את בן זוגו של המנוי, ילדיהם והוריהם, **הגרים עם המנוי תחת קורת גג אחת**.

"**רופא**" - רופא בעל רישיון מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לעסוק ברפואה, אשר התקשר עם נותן השירות למתן שירות לפי כתב שירות זה.

"**מוקד השירות**" - מוקד טלפוני שמספרו **03-6388400** או **5590***, שיעביר את קריאות המנוי לרופא. החברה רשאית לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות.

כתב שירות זה מנוסח מטעמי נוחות בלבד בלשון זכר - עמך הסליחה.

2. השירות

2.1. מוקד מידע ויעוץ רפואי

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותי יעוץ רפואי טלפוני כמפורט להלן:

- 2.2. יעוץ רפואי ראשוני, 24 שעות ביממה, ע"י רופא כללי.
- 2.3. בהתאם לשיקול דעתו של הרופא ולהסכמתו של המנוי יתואם למנוי יעוץ טלפוני ע"י רופא מומחה בנושאים הבאים:
- 2.3.1. שירותי מידע ברפואת ילדים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים.
- 2.3.2. שירותי מידע ברפואת משפחה - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה.
- 2.3.3. שירותי מידע ברפואת נשים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת נשים וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים
- 2.3.4. שירותי מידע ברפואה גריאטרית - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא מומחה ברפואה גריאטרית.
- 2.3.5. שירותי ייעוץ טלפוני עם פסיכולוג - מתן ייעוץ טלפוני באמצעות פסיכולוג, 24 שעות ביממה.
- 2.4. הייעוץ הטלפוני ע"י הרופא המומחה יתואם תוך 24 שעות ממועד ההפניה לייעוץ ע"י רופא מומחה מלבד הייעוץ הפסיכולוגי אשר יעשה תוך 4 שעות מרגע קבלת הפניה הטלפונית במוקד השירות.
- 2.5. מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
- 2.6. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.7. מובהר, כי שירותי יעוץ אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים אל פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.8. מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי יעוץ על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה **למעט יום כיפור**.
- 3. כללי**
- 3.1. השירות יינתן במשך 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, **למעט משעה 14:00 בערב יום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום**.
- 3.2. נזקק המנוי לשירות, יפנה טלפונית למוקד השירות במספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, שם הלקוח ומס' הטלפון של בית המנוי. המנוי ימסור כל מידע אחר שיידרש לשם יעול מתן השירות.
- 3.3. מבלי לגרוע מזכאותם לשירות של בן זוגו של המנוי, ילדיהם והוריהם, הגרים עם המנוי תחת קורת גג אחת, הזכאות לשירות הינה למנוי בלבד באופן אישי ואין היא ניתנת להמחאה ו/או להסבה לכל אדם אחר.
- 3.4. בקבלתו את כתב שירות זה ובשימוש בשירות על פיו מסכים המנוי, כי לשם מתן השירות הוא, וכל חולה הזכאי בגינו לשירות, ימסור לפמי ו/או לכל רופא מטעמה את מלוא המידע הרפואי הידוע לו.
- 4. תוקפו של כתב השירות**
- 4.1. כתב שירות זה יהיה בתוקף בתקופה שהודעה לפמי ע"י הלקוח, ובלבד שדמי המנוי שולמו במלואם ע"י המנוי. במועד תום תקופת תוקפו של

כתב שירות זה, יפסיק נותן השירות את מתן השירות על פי כתב שירות זה מבלי שיהא מחויב לתת למנוי הודעה כל שהיא בקשר לכך.
4.2. מובהר בזה, כי כתב שירות זה אינו מקנה זכויות כלשהן למנוי, אלא ללקוח בלבד.

5. אחריות

5.1. אחריותו של נותן השירות לפי כתב שירות זה הינה להעברת הקריאה שהתקבלה במוקד השירות לנותן השירות בלבד. האחריות בגין איכות השירות (לרבות בגין רשלנות רפואית או אחרת) תחול על נותן השירות בפועל בלבד.

5.2. מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפולו בפניה של מנוי לקבלת השירות תסתיים בהתרחש המוקדם מהאירועים המפורטים להלן:

- 5.2.1. מתן הייעוץ הטלפוני.**
- 5.2.2. ביטול הקריאה לקבלת השירות ע"י המנוי.**

6. שונות

- 6.1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן תשלומים אלה בהתאם.**
- 6.2. כל התשלומים לפי הסכם זה צמודים למדד המחירים לצרכן ("המדד").**
- 6.3. כל הודעה שעל פמי למסור למנוי, תועבר ללקוח, אשר מתחייב להעבירה למנוי הקדם האפשרי.**
- 6.4. בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק ביהמ"ש המוסמך עניינית לדון במחלוקת במחוז תל אביב-יפו.**

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

4. שירות סיוע באיתור רופא מומחה בארץ ובחו"ל

השירות ניתן על ידי:	פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").
הזכאות לשירות ניתנת	לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.
השירותים הניתנים:	<p>מנוי הזקוק לשירות כמפורט להלן יהא זכאי לקבל בעת פנייתו למוקד קבלת הסיוע, הכוונה וייעוץ באמצעות הטלפון באיתור שם של רופא מומחה בהתמחויות ובתתי ההתמחויות השונות, בארץ, או בחו"ל. השירות ניתן על ידי הצוות הרפואי בכפוף לשעות פעילות המוקד והוא כולל:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. תשאול המנוי "אנמנזה" והבנת הבעיה הרפואית שבגינה פנה המנוי למוקד. 2. הצגת 3-4 חלופות לרופאים מומחים בישראל בתחום. 3. הצגת 3 חלופות לרופאים מומחים בתחום מוסדות רפואיים

<p>בחול"ל (כולל מידע עדכני אודות ניסיונו המקצועי של הרופא בחול"ל ומוניטין המוסד הרפואי בו עובד)</p> <p>4. במידה ויבחר המנני במומחה בישראל או בחול"ל, ינתן סיוע אדמיניסטרטיבי בתיאום תורים.</p> <p>מובהר בזאת כי השירות הינו שירות מידע בלבד ואין בו כדי להוות התחייבות כלשהי לקביעת תור בארץ ובחול"ל וכן, אין בו כדי להוות תחליף לייעוץ פנים אל פנים עם רופא מומחה.</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. המבוטח הזכאי לשירות יפנה למוקד המבטח שמספרו : 03-6388400 או *5590, בימים א'-ה' משעה 8:00 עד 20:00 ובימי ו' בין השעות 8:00-14:00, למעט יום כיפור וימי חג. 2. בעת הפניה יזדהה הפונה בשמו, כתובתו, מספר טלפון, מספר פוליסה, שם בעל הפוליסה (בביטוח קבוצתי). 3. נותן השירות יאשר למבוטח טלפונית תוך 2 שעות פעילות את זכאותו לקבלת השירות. 4. נמצא המנני זכאי לקבלת השירות, יופנה לרופא התורן במוקד או למנהל הרפואי לביצוע תשאול רפואי אודות נשוא הפנייה וההיסטוריה הרפואית (אנמנזה) 5. בכפוף לאנמנזה, יוצעו למנני שמות רופאים מומחים בישראל או בחול"ל. 6. במידה ויבחר המנני ברופא ישראלי, נציג שירות מטעם הצוות הרפואי יחזור למנני בתוך יום עבודה אחד ויציג בפניו לפחות 3 חלופות לרופאים מומחים רלוונטיים לטיפול בבעיה הרפואית נשואת הפניה. כמו כן, זכאי המנני להסתייע בצוות הרפואי לתיאום תור עם הרופא המומחה. 7. במידה ויבחר המנני ברופא מומחה בחול"ל, נציג שירות מטעם הצוות הרפואי יחזור למנני בתוך יום עבודה אחד, (ובלבד שאין מדובר בימי שבתון במדינת מושבו של הרופא המומחה בחול"ל) ויציג בפניו 3 חלופות לרופאים מומחים רלוונטיים לטיפול בבעיה הרפואית נשואת הפניה. כמו כן, זכאי המנני להסתייע בצוות הרפואי לתיאום תור עם הרופא המומחה. 8. המידע הנ"ל יימסר למבוטח טלפנית ובכתב. 9. הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה תהא עד שתי פניות לשנה. 	<p>אופן קבלת השירות</p>
<p>כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנני מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנני נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנניים, תינתן למנני הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.</p>	<p>תוקף כתב השירות</p>
<p>אירוע הנובע מכח עליון לרבות מצב מלחמה או גיוס כללי, אש, כוחות טבע, שיבושים בתקשורת ו/או נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת מכל סוג, מחסור כללי בנותני שירות או מפאת כל גורם אחר שאינו ניתן לחיזוי מראש ושאינו נותן השירות יכול למונעו.</p>	<p>מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירות</p>

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

5. שירותי מעבדה עד הבית

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

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

השירות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 חודשים, ובדיקות דם לא יילקחו מילדים מתחת לגיל 5 שנים.

- השירותים למנוי:**
1. שירותי "מעבדה עד הבית" יכללו בדיקות מעבדה המפורטות להלן: דגימת דם; משטח גרון; דגימת שתן; משטח אף; תרבית/יות שתן; משטח אוזן; משטח עין. לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד.
 2. השירות שדלעיל, יינתן על ידי רופא ו/או אח, הרשאים על פי כל דין לבצע את לקיחת הדגימה/תרבית/משטח נשוא כתב שירות זה אשר התקשרו עם נותן השירות בהסכם למתן השירות הנ"ל למנוי (להלן: "מבצע השירות").
 3. לקיחת הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי תעשה ע"י נותן השירות בביתו של המנוי או במקום עבודתו. נותן השירות יעביר את הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי לאחת ממעבדות ההסכם עמו קשור נותן השירות. מבצע השירות יהא רשאי להחליט על פי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי כי לקיחת הדגימה/ תרבית/ משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא יינתן השירות על פי כתב שירות זה.
 4. השירות לא יכלול: בדיקת חומציות, אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרבית וגינלית, אינסולין, פטריות, לקטאט, בדיקות גנטיות.

אופן קבלת השירותים:

1. התקשרות המנוי למוקד המבטח שמספרו 03-6388400 או 5590*.
2. המנוי יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה הינו זכאי לשירות.
3. השירות יינתן אך ורק כנגד תעודה המזהה את המנוי בהצגת טופס הפניה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי, אך ורק לגבי הבדיקות הכלולות בשירות למנוי והמצוינות בטופס הפניה.
4. השירות יינתן במועד אשר יתואם עם המנוי מ- 6.30 עד 22.30. בימי שישי וערבי חג מ- 6.30 עד 12.30.
5. שירותי "מעבדה עד הבית" ניתנים בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה שומרון וחבל עזה, לרבות מעלה אדומים. ברמת הגולן יינתן השירות בקצרין או בישוב אחר באזור. מנוי הנזקק לשירות באזור זה יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל מבצע השירות לפי הכתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.
6. תוצאות הבדיקות תועברנה למנוי באמצעות הדואר או בפקסימיליה.
7. על המבטח לשלם ישירות למבצע השירות דמי השתתפות עצמית בסך 45 ₪ בגין כל מנוי שניתן לו השירות במסגרת אותו ביקור. סך זה כולל מע"מ.

תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:

במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי זמני נותני שירות או במעבדות באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש המהווה כוח עליון.

אחריות:

1. המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.
2. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר עם נשוא כתב שירות זה.

6. כתב שירות לחיות בריא

א. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידיים. מובהר כי לא יחולו על כתב שירות זה ההגדרות שבפוליסה אליהן הוא מצורף.
1. "**החברה**" - כלל חברה לביטוח בע"מ.
 2. "**מנוי**" - אדם ששמו הועבר ע"י החברה כזכאי לקבלת שירות ואשר שולמו בגינם דמי המנוי במלואם.
 3. "**הספק**" - פמי פרימיום בע"מ או כל ספק שירות אחר לפי קביעת החברה.
 4. "**מרפאות הסדר**" - מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 5. "**רופאי הסכם**" - רופאים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 6. "**מכוני הסדר**" - מכונים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 7. "**מטפל**" - מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח, ואשר פמי פרימיום התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
 8. "**דיאטן**" - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 9. "**תזונאי**" - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 10. "**קלינאי תקשורת**" - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
 11. "**מאמן כושר גופני**" - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
 12. "**נותני השירות**" - מרפאות הסדר, מכוני הסדר, רופאי הסכם, מטפל, דיאטן, תזונאי, קלינאי תקשורת ומאמן כושר גופני.
 13. "**מוקד השירות**" - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **6388400 - 03** או **5590***. על כל שינוי במספר הטלפון תימסר הודעה למנויים - בכתב או באמצעות מענה קולי במספר הטלפון הקודם של מוקד השירות שיודיע על מספר הטלפון החדש.
 14. "**השתתפות עצמית**" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

ב. היקף השירותים

המנויים יהיו זכאים לקבל את השירותים הבאים בהתאם למפורט בכתב השירות להלן:

1. הרזיה רפואית
2. ליקויי למידה
3. גמילה מעישון
4. הפגת מתחים
5. מאמן אישי - טיפוח כושר גופני
6. רשת מכוני כושר

פירוט השירותים :

1. הרזיה רפואית
 - 1.1. השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
 - 1.2. השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
 - 1.3. השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
 - 1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
 - 1.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 75 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 150 ₪ בעבור כל אחת מ- 11 הפגישות הנותרות.
2. **ליקוי למידה**
 - 2.1. השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה ילדים עד גיל 14. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
 - 2.2. השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
 - 2.2.1. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
 - 2.2.2. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
 - 2.3. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
 - 2.4. למפגשי האבחון תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.
 - 2.5. למפגשי הטיפול ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, בסך 150 ₪ בעבור כל פגישה.
3. **גמילה מעישון**
 - 3.1. השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
 - 3.2. השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
 - 3.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
 - 3.4. השירות יינתן בקליניקה של המטפל.
 - 3.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 135 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 95 ₪ בעבור כל אחת מ- 9 הפגישות הנותרות.
4. **הפגת מתחים**
 - 4.1. השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
 - 4.2. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
 - 4.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 50 דקות.
 - 4.4. השירות יינתן בבית המבוטח.

4.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 150 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

5. מאמן אישי - טיפוח כושר גופני

5.1. השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.

5.2. השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.

5.3. השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ- 60 דקות.

5.4. השירות יינתן בבית המבוטח.

5.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 125 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

6. רשת מכוני כושר

6.1. השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם הספק.

6.2. רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.

6.3. תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

ג. אופן קבלת השירותים

1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם החברה, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.

2. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.

3. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.

4. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.

5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.

7. בעת פניה למרפאה, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.

8. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
9. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.

ד. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י הספק וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של הספק ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

ה. תוקפו של כתב השירות

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

פרק ה'1 - מחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים

(החל מיום 01.09.2014)

למבוטח מגיל 22 עד גיל 70 אשר הצטרף לכיסוי הכלול בפרק זה בהתאם להוראות הפוליסה, ובכפוף לתשלום פרמיה כמפורט בסעיף 8.1 לפוליסה.

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו גילוי של אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי קשה, מהרשימה המפורטת להלן, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה, ובתנאי שהמבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר גילוי המחלה הקשה או קיום האירוע הרפואי הקשה כאמור, כתוצאה מאותה מחלה קשה או אירוע רפואי קשה.

"גילוי" – יחשב לעניין זה כאבחנה חד משמעית בכתב של רופא מומחה אשר נתמכת בממצאים מעבדתיים או אחרים כנדרש להוכחת מקרה הביטוח. למען הסר ספק מובהר כי לעניין מועד ה"גילוי" יקבע תאריך הנקוב בכתב על ידי רופא מומחה כאמור, ולא מועד ידיעתו של המבוטח.

1.1 קבוצה ראשונה

מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)

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 היפרספלינזם.

אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
2. נמק מפושט 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;

אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;

2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

השתלת איברים (Organ Transplantation) – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד

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.

1.2 קבוצה שניה

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.

אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

צפדת (טטנוס) (Tetanus) –

מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)

דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (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 ניורולוג מומחה.

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 3 חודשים.

פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) –

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לרפוי ואשר אושרה על ידי רופא ניורולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

פרקינסון (Parkinson's Disease)

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי ניורולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.

- המחלה הקשה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות, כהגדרתן בחוזר מפקח 5-1-2013:
1. לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.
 2. להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
 3. להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
 4. לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
 5. לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופוגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
 6. ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

חירשות (Deafness)

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא אא"ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

עיוורון (Blindness)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

ניוון שרירים חסוג 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 נירולוג מומחה.

שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (Paralysis – Paraplegia, Quadroplegia)

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).

יתר לחץ דם ריאטי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאטי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאטיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאטי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאטי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, הפירטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

כוויות קשות (Severe Burns)

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות, כהגדרתן בחוזר מפקח 5-1-2013:

1. לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.
2. להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
3. להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
5. לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשב כאי שליטה על סוגרים.
6. ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

דלקת מוח (Encephalitis)

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק נירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות, כהגדרתן בחוזר מפקח 5-1-2013:

1. לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.
2. להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
3. להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

5. לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
6. ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.
- הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

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.

1.3 קבוצה שלישית

התקף לב חריף (Acute Myocardial Infraction)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:

1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם - ובלבד שבית חולים או קרדיולוג מומחה קבעו שהמבוטח עבר התקף לב חריף.

למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

ניתוח מעקפי לב (CABG)

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי

למען הסר ספק תיקון מסתם שלא בניתוח לב פתוח דוגמת גישה מלעורית או בצנטור לא יחשב כמקרה ביטוח.

קרדיומופטיה (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.

ניתוח אבי העורקים (Aorta)

ניתוח להחלפת קטע מאבי העורקים או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או צינתור לתיקון מפרצת אבי העורקים במקרים בהם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

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 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.

למען הסר ספק מובהר כי TIA אינו מוסה.

1.4 קבוצה רביעית

רטן (Cancer)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים;
2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ'ר וללא אולצרציות (התכייבויות);
3. מחלות עור מסוג:
 - 1 Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;
 - 2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 TNM Classification No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);
6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B ul}$ cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;
9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
10. T-cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.

אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה 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.

השתלת מוח עצמות (Bone Marrow Transplantation)
קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת מוח עצמות מגופו של תורם אחר, או ביצוע ההשתלה בפועל.

גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)
תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

2. התחייבות המבטח

2.1 בקרות מקרה הביטוח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, יהא המוטב זכאי לקבל את תגמולי הביטוח.

3. תגמולי הביטוח

תגמולי הביטוח על פי פרק זה הינם בסך של 16,821 ₪.

4. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה למקרה ביטוח שאינו נובע באופן ישיר מתאונה, היא 90 ימים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה.

5. סיום הביטוח

בנוסף לאמור בסעיף 5.2 בפרק המבוא, יסתיים פרק זה והביטוח על פיו, בקרות אחד מהמקרים הבאים, לפי המוקדם:
5.1 עם תשלום תגמולי הביטוח בגין פרק זה.
5.2 המבוטח הגיע לגיל 70.

6. חריגים

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

6.1 השתתפות בפעילות מבצעית או אימונים של כוחות הביטחון, צבא, משטרה, שירות בתי הסוהר, שירותי כבאות וחברות אבטחה אזרחיות.

6.2 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש, איידס (AIDS), או נשאות של HIV, ובכלל זה מוטציה או וריאציה דומה אחרת, וזאת בכפוף להוראות סעיף 4 לעיל בעניין מצב רפואי קודם. האמור לא יחול ביחס למחלת הסרטן המכוסה על פי פרק זה.

6.3 מום מולד או פגם גנטי שהתפתח והתגלה לראשונה בתקופה שבין הצטרפותו של המבוטח לביטוח לבין הגיעו לגיל 3. "גיל" – יחשב לעניין זה כגילו הקלנדרי בפועל של המבוטח, ולא גיל ביטוחי כמוגדר בפרק המבוא.

הרובד המורחב

פרק ו' - כיסוי מורחב לניתוחים וכיסויים רפואיים נלווים לניתוחים

1. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח.

2. התחייבויות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות או כנגד קבלות מקוריות שימציא לו המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המירבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות בגין ניתוחים המבוצעים בבית חולים פרטי ו/או בבית חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח, בקשר להוצאות שלהלן:

2.1. **התייעצות לפני ניתוח** - המבוטח יהיה זכאי לעד **שתי** התייעצויות לפני ניתוח עם מנתח הסכם או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי, כאשר השיפוי יהיה עד הסכום המשולם למנתח הסכם עבור ההתייעצות.

2.2. **שכר מנתח** -

2.2.1. שכר מנתח הסכם - ישולם **במלואו** ישירות אליו.

2.2.2. שכר מנתח אחר - שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מהסכום המירבי המשולם במסגרת הסכם השירות לניתוח דומה.

2.3. **שכר רופא מרדים** - המבטח ישפה את המבוטח בעלות התשלום לרופא מרדים, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות לרופא מרדים לניתוח מסוג הניתוח שבוצע.

2.4. **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות עבור הוצאות לחדר ניתוח לניתוח מסוג הניתוח שבוצע.

2.5. **דמי האשפוז** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע שבהסכם השירות. יכוסו הוצאות אשפוז לתקופה של עד 30 יום.

2.6. **בדיקה פתולוגית** - תשולם ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות עבור בדיקה מסוג זה.

2.7. **חוות דעת שנייה בפתולוגיה** - תשולם ישירות לנותן השירות או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 2, ובכפוף להשתתפות העצמית של המבוטח, כמפורט בנספח 2.

2.8. **שכר אחות לאחר ניתוח** - ישולם סכום שלא יעלה על תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 ליום ועד ל- 10 ימי אשפוז בגין ניתוח.

2.9. **שתל** - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח הושטל בגופו שתל כמוגדר לעיל, ישתתף המבטח בעלות השתל עד לסכום הנקוב בנספח 2.

2.10. **פיזיותרפיה בעת אשפוז** - טיפולי פיזיותרפיה המבוצעים במהלך האשפוז שלאחר הניתוח - כיסוי מלא.

2.11. **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח** - המבטח יחזיר למבטח הוצאות העברה באמבולנס עבור העברתו של המבטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

2.12. **עד ליום 31.10.2015 יחול הכיסוי הבא:**
המצאת טופס 17 - בוצע במבטח ניתוח המכוסה ע"פ הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופת החולים, במידה וימציא המבטח למבטח טופס 17 - יהיה זכאי המבטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מערך הטופס עפ"י מחירון משרד הבריאות.

החל מיום 01.11.2015 יחול הכיסוי הבא:
המצאת טופס 17 - בוצע במבטח ניתוח המכוסה ע"פ הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופת החולים, במידה וימציא המבטח למבטח טופס 17 - יהיה זכאי המבטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.

3. ביצוע הניתוח בבית חולים ציבורי, ללא השתתפות המבטח

בוצע במבטח ניתוח אלקטיבי, כהגדרתו לעיל, המכוסה על פי הסכם זה בבית חולים ציבורי ו/או במסגרת אחת מקופות החולים והמבטח לא השתתף במימון הניתוח, ישלם המבטח למבטח סכום של 850 ₪ עבור כל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז.
למען הסר ספק יובהר כי התשלום עפ"י סעיף זה לא יחול על השתלה ולא יינתן פיצוי לפי סעיף 2.12 לעיל במקרה של זכאות לפיצוי עפ"י סעיף זה.

4. ביצוע ניתוח בחו"ל

4.1. בוצע במבטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיפים 2.1 - 2.11 לעיל, בכפוף למפורט להלן:

4.1.1. בוצע במבטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות **באורח מלא וישיר**.

4.1.2. בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבטח בעבור ההוצאות כמפורט בהסכם זה בהיקף של עד 200% מההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם, כהגדרתו לעיל, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.

4.1.3. בוצע במבטח ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה בחו"ל והוא נפטר חו"ח, ישלם המבטח את ההוצאות הטסת גופתו לישראל.

5. הוצאות נלוות לניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח בחו"ל

בנוסף לאמור בסעיף 4 לעיל, ישפה המבטח את המבטח, במקרה של ניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח גם בגין ההוצאות הבאות:

5.1. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למבטח ולמלווה בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד ועד לתקרת סכום של 20,500 ₪.

5.2. הוצאות שהיית המלווה בחו"ל, עד לתקרת סכום של 700 ₪ לכל יום שהייה ועד תקופה מירבית של 30 ימים.

6. כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים

6.1. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS ו/או הפטיטיס B או C

6.1.1. מקרה ביטוח - מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או בהפטיטיס B או C כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה על פי הסכם זה שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח.

6.1.2. מהות הכיסוי - מבוטח אשר קרה לו מקרה ביטוח יהא זכאי למענק חד פעמי בסך של 205,000 ₪, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים, כי הידבקותו במחלה כאמור לעיל אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים בישראל.

6.2. פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוגר בין 21-67)

6.2.1. מבוטח שאיבד את כושר עבודתו כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח, המכוסה על פי הסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 3,300 ₪ לחודש, לתקופה אשר במהלכה המבוטח הינו במצב של אבדן כושר עבודה ועד 24 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 60 יום ובתנאי שהוכח קשר ישיר לביצוע הניתוח.

6.2.2. למען הסר ספק, לא יכוסה במסגרת כיסוי זה אובדן כושר עבודה שסיבתו אינה ביצוע הניתוח עצמו, אלא המחלה ו/או התאונה אשר בגינם בוצע הניתוח.

6.3. תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח (למבוטח בין 67-21)

6.3.1. מקרה הביטוח - מות המבוטח במהלך תקופת הביטוח כפי שיוגדר בפרק זה בסעיף קטן 6.3.1.1 להלן כתוצאה ישירה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי הסכם זה.

6.3.1.1. תקופת הביטוח לצורך פרק זה : תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה הינה ממועד כניסת המבוטח לחדר ניתוח בבית חולים לביצוע הניתוח למשך 7 יממות ממועד זה, ובתנאי מפורש כי בתחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה היה הסכם הביטוח בתוקף לגבי אותו מבוטח.

6.3.1.2. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הינו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.

6.3.1.3. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בהם ניתוח יחיד והם יהוו מקרה ביטוח אחד.

6.3.2. סכום הביטוח - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף 6.3.1 לעיל, יפצה המבוטח את המוטבים או את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסך של 100,000 ₪.

7. עקירת שיניים כירורגית וניתוחי חניכיים

7.1. עקירה כירורגית - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין תשלומים ששילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן במהלך תקופת הביטוח ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל עקירה, אך לא יותר מ-3 עקירות בכל תקופת הביטוח.

7.2. ניתוחי חניכיים - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין תשלומים ששילם לרופא פריודונט עבור ביצוע הטיפולים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח. תגמולי הביטוח יינתנו למבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות בגין ביצוע הבדיקה או הפעולה בכפוף למספר הסקסטנטים שבוצעו בפועל ועד תקרת הסכום הנקובה בנספח 2 בגין כל אחת מהפעולות.

7.2.1. בדיקה פריודנטלית.

7.2.2. הקצאת שורשים.

7.2.3. כריתת חניכיים.

7.2.4. ניתוח מטלית (כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים).

8. חריגים מיוחדים:

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

8.1. ניתוח ניסיוני ו/או ניתוח הדורש אישור וועדת הסיניקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום וועדת הסיניקי.

8.2. ניתוח למטרות יופי ו/או אסתטיקה, כולל ניתוחי קיצור קיבה (GASTROPLASTY) לצורך ירידה במשקל; ניתוח עיניים לצורך תיקון קוצר ראייה.

8.3. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, בדיקות הקשורות בהריון ו/או בדיקת עוברים, רנטגן, זריקה, הזלפות בדיקה/ות ופעילות הדמיה כגון C.T ו - M.R.I, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.

8.4. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים ו/או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

8.5. ניתוחים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון.

8.6. ניתוח הבא לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם, כאמור בסעיף 16 להסכם.

8.7. השתלת איברים ו/או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל המכוסים עפ"י פרק א' בהסכם.

פרק ו'1 - ביטוח ניתוחים במסלול משלים שב"ן

(ביטוח לכל הניתוחים הפרטיים בישראל מעבר לזכויות המבוטח בתכנית השב"ן של קופ"ח, תוכנית הביטוח של הרובד המורחב תכלול את פרק זה או את פרק ו', לפי בחירת המבוטח)

1. הגדרות

הגדרות אלו הן נוסף על ההגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בנספח 1 להסכם זה.

שב"ן

שירותי בריאות נוספים שמעניקות קופות החולים לחבריהן.

תוכנית השב"ן

תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל-פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על-ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על-ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן

מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

פוליסה מהשקל הראשון

הכיסוי עפ"י פרק ו' בנספח 1 להסכם זה, הכולל שיפוי לניתוחים בישראל "מהשקל הראשון" ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בתוכנית השב"ן.

שר"ן שר"פ

שירות רפואי נוסף.
שירות רפואי פרטי.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין ניתוח כאמור לעיל אשר יבוצע על-ידי מנתח הסכם או על-ידי מנתח אחר בבית-חולים פרטי ו/או בית-חולים מוסכם בכפוף ומעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה ביטוח במסגרת השב"ן בו הוא חבר, בגין ההוצאות כמפורט בסעיף 4 להלן.

3. התחייבות המבטח

3.1 תקרת סכום הביטוח על-פי פרק זה לא תעלה על הסכום המשולם על-ידי המבטח לנותני שירות בקיזוז מלוא הזכויות המוקנות בגין ובקשר עם הניתוח במסגרת תכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

3.2 בחר המבוטח לבצע את הניתוח באמצעות ספק רפואי (רופא או בית חולים) שבהסכם עם השב"ן, ישפה המבטח את המבוטח בתשלום סכום ההשתתפות העצמית שנשא המבוטח במסגרת תכנית השב"ן - עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מן הסכום המשולם ע"י המבטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.1-4.4 להלן לנותני השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח.

בנוסף יהיה זכאי המבוטח במקרה זה, לתגמולי הביטוח בגין שתל כאמור בסעיף 4.5 להלן וכן בגין ההוצאות הנלוות לניתוח כמפורט בסעיף 4.6 - 4.10 להלן בסכום ששולם על-ידו בפועל אך לא יותר מהתקרה הנקובה בצד כל שירות בניכוי סכום ההחזר המרבי הקבוע בתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

3.3 בחר המבוטח לבצע את הניתוח באמצעות ספק רפואי (רופא או בית חולים) שאינו בהסכם עם השב"ן, ישפה המבטח את המבוטח בתשלום ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין השירותים המפורטים בסעיף 4 להלן עד התקרות הנקובות בצד כל שירות בניכוי סכום ההחזר המרבי הקבוע על-פי תכנית השב"ן בה חבר המבוטח בגין השירות הרפואי הנדרש.

3.4 נדחתה על-ידי השב"ן פנייתו של המבוטח לקבלת תגמולי הביטוח בגין הניתוח מאחר ותכנית השב"ן אינה נושאת בעלות הניתוח לכלל העמיתים בשב"ן, כולל במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לפוליסה זו או שהמבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין ההוצאות שהוציא בפועל בעבור השירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 4 להלן החל מן ה"שקל הראשון" ועד לסכום המשולם על-ידי המבטח לנותן השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם, ובכל מקרה לא יותר מן הסכום שהוציא המבוטח בפועל.

3.5 במקרה שבו נדחתה פנייתו של המבוטח לקבלת תגמולי הביטוח על-ידי השב"ן מאחר ותכנית השב"ן אינה נושאת בעלות הניתוח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח ההוצאות בגין השירותים המפורטים בסעיף 4 שהוצאו על ידו בפועל עד התקרות הנקובות בצד כל שירות בניכוי סכום ההחזר המרבי לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן בה המבוטח הינו/היה (במקרה של ביטול השב"ן) עמית, בגין אותו הניתוח.

במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בשב"ן בגין אותו הניתוח. באם לא יומצא למבטח ע"י המבוטח אישור כאמור, תקרת ההחזר תהיה לפי קביעת המבטח על-פי מידע שברשותו אודות ניתוחים קודמים זהים או דומים ששולמו על ידו.

4. השירותים הרפואיים

בקרות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח באמצעות נותן השירות או בתמורה לקבלות מקוריות שימציא לו המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח ו/או כנגד אישור מקורי מטעם תוכנית השב"ן בה הוא חבר המעידה על זכאותו של המבוטח או על סכומים ששולמו על ידו או על ידי השב"ן ובלבד שהסכום שישולם על-ידי המבטח יהיה מעל ומעבר למלוא זכויות המבוטח בתכנית השב"ן, כמפורט בסעיף 3 לעיל, ובכל מקרה לא יותר מן הסכום המשולם על-ידי המבטח לנותן השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח, כמפורט להלן:

4.1 **שכר מנתח** - שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מן הסכום המשולם במסגרת הסכם שירות לניתוח.

- 4.2. **שכר רופא מרדים** - המבטח ישפה את המבוטח בעלות התשלום לרופא מרדים, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות לרופא מרדים לניתוח.
- 4.3. **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות בעבור הוצאות לחדר ניתוח.
- 4.4. **דמי אשפוז** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח עד לתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות ועד ל- 30 ימי אשפוז בגין הניתוח.
- 4.5. **עלות שתל** - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח הושטל בגופו "שתל" כמוגדר בפרק המבוא בנספח 1 בהסכם זה, ישתתף המבטח בעלות השתל, עד סך של 20,000 ₪ בשנה.
- 4.6. **התייעצות לפני ניתוח** - המבוטח יהיה זכאי להחזר כספי בגין 2 התייעצויות לפני הניתוח עם מנתח שבהסכם עם המבטח או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי. החזר זה יהיה בגובה הסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מתקרה בסך של 660 ₪.
- 4.7. **שכר אחות לאחר ניתוח** - בגובה הסכום ששולם בפועל, ועד תקרה בסך של 720 ₪ ליום אשפוז עד 8 ימי אשפוז.
- 4.8. **שירותי הסעה באמבולנס לבית-חולים ובין בתי-חולים בישראל לצורך ביצוע הניתוח** - המבטח יחזיר למבוטח את הוצאות ההעברה באמבולנס בעבור העברתו של המבוטח לבית החולים או ממנו או העברתו בין בתי-חולים, לפני או אחרי ביצוע הניתוח. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן-דוד-אדום.
- 4.9. **בדיקה פתולוגית** - באם הבדיקה הפתולוגית לא שולמה על-ידי תוכנית השב"ן, תשלום עלות הבדיקה ישירות לבית החולים או למבוטח, בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרה הקבועה בהסכם השרות עבור בדיקה מסוג זה.
- 4.10. **חוות-דעת שנייה בפתולוגיה** - תשלום ישירות לנותן השירות או למבוטח, בגובה הסכום אשר שולם בפועל, עד לתקרת סכום של 550 ₪ לבדיקה ובכפוף להשתתפות העצמית של המבוטח בשיעור של 20%.
- 4.11. למען הסר ספק יובהר כי המבטח יישא בתשלום תגמולי ביטוח אך ורק מעבר למלוא הזכויות המגיעות במסגרת תכנית השב"ן בגין ביצוע הניתוח בכפוף לאמור בסעיף 3 לעיל ובכפוף להוראות ההסכם ופרק זה.

5. תנאים מוקדמים לאחריות המבטח:

5.1 **בקרות מקרה הביטוח, המבוטח מתחייב לפנות למימוש זכאותו על פי תנאי תוכנית השב"ן שברשותו ולהודיע למבטח בהקדם, ככל האפשר, על כל החלטה של קופת החולים בהקשר לזכאותו בתכנית השב"ן בגין הניתוח ו/או הוצאות הנלוות לו וכן כל החלטה הרלוונטית לבירור תביעתו של המבוטח.**

בנוסף מתחייב המבוטח להודיע למבטח על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הניתוח מיד עם קבלת ההודעה ו/או התשלום מאת תכנית השב"ן.

יובהר ויודגש כי התחייבות המבטח כמפורט בפרק זה לעיל הינה רק מעבר לזכויות המוקנות למבוטח בתכנית השב"ן ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן שברשותו.

5.2 חובת דיווח של המבוטח - המבוטח מתחייב בזאת, לדווח מיידית ובכתב למבוטח, על כל שינוי שיחול בחברותו בקופת חולים ו/או בחברותו בתכנית השב"ן, כפי שדיווח בעת הצטרפותו לביטוח.

6. חריגים

על פרק זה יחולו החריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, וכן החריגים המפורטים בפרק ו' בנספח 1 להסכם זה - כיסוי מורחב לניתוחים.

7. ברות ביטוח בגין כיסוי ניתוחים בישראל בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן

7.1.1. מבוטח שפנה למבוטח תוך התקופה הנקובה בסעיף 7.2 להלן, יהיה זכאי לרכוש כיסוי מורחב לניתוחים על-פי תנאי פרק ו' בנספח 1 להסכם זה, בתמורה לפרמיה הנקובה בסעיף 7 להסכם זה לעיל, תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, בגין כיסויים חופפים, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

7.1.1.1. סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בתקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת.

7.1.1.2. **מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת** - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

7.2. מבוטח המבקש להצטרף לכיסוי המורחב לניתוחים עפ"י תנאי פרק ו' בנספח 1 להסכם זה, יוכל לעשות זאת ללא תקופת אכשרה ו/או הוכחת בריאות בגין הכיסויים החופפים, ובלבד שהמבוטח הודיע על כך למבוטח מראש ובכתב תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן.

במקרה שהכיסוי הכלול בפרק ו' בהסכם זה מקנה כיסויים נוספים שאינם כלולים בפרק זה, יידרש המבוטח במועד הנ"ל למלא הוכחת בריאות נוספת והמבוטח יבצע חיתום רפואי רק לגבי כיסויים נוספים אלה.

7.3. תחילת תקופת הביטוח של הכיסוי המורחב לניתוחים עפ"י פרק ו' בנספח 1 להסכם (להלן: "**פרק ו'**"), תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול תוכנית השב"ן לתוקף, בכפוף לתשלום דמי הביטוח (הפרמיה) בגין תכנית הביטוח הכוללת את פרק ו' החל ממועד זה. **יובהר כי תנאי חיתום רפואי שנקבעו בגין פרק זה יחולו גם על תנאי פרק ו'.**

7.4. במקרה ולא מימש המבוטח את זכאותו לרכישת הכיסוי המורחב עפ"י פרק ו' בהודעה בכתב תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן, עפ"י תנאי פרק זה, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי לניתוחים בישראל עד התקרה הנקובה בסעיף 3.5 לעיל.

פרק ז' - טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח

1. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המצריר ביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח.

2. הגדרת "טיפול חלופי"

טיפול רפואי המחליף את הניתוח המהווה את מקרה הביטוח והמכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה צפוי להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם.

3. תגמולי ביטוח בקרות מקרה הביטוח

בקרות מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח בגין ביצוע טיפול חלופי תמורת קבלות מקוריות, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

3.1. ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על הצורך לביצוע ניתוח. והמלצה על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.

3.2. המבוטח זכאי לשיפוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.

3.3. השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הינו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטחת או סכום של 165,000 ₪, לפי הנמוך ביניהם.

3.4. הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא ישולמו תגמולי ביטוח ולא תהא למבטחת כל אחריות בגין טיפולים חלופיים שנעשו מחוץ לישראל.

3.5. נזקק המבוטח לביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, בתוך 12 חודשים לאחר מועד סיום ביצוע הטיפול החלופי האחרון, בשל אותה בעיה רפואית, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הניתוח האמור, בכפוף להוראות הפוליסה, בקיזוז הסכום ששולם למבוטח בגין הטיפול החלופי. במידה והניתוח האמור יבוצע לאחר שחלפו 12 חודשים ממועד הטיפול החלופי, לא יקוזזו הסכומים הנ"ל.

4. חריגים מיוחדים

בנוסף לחריגים הכללים מופיעים בהסכם הביטוח, המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. טיפולים הניתנים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה והיפרתרמיה.

4.2. טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולים כימותרפיים.

4.3. טיפולים חלופיים שהינם ניסיוניים.

4.4. הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת אשפוז.

פרק ח': כתב שירות רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

1. השירות ניתן על ידי:

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

2. הזכאות לשירות ניתנת:

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

3. השירות למנוי:

ינתן לכל מנוי, אשר לפי אבחנת הרופא המטפל (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל), מצב בריאותו השתנה לרעה לעומת מצבו במועד צירופו לכיסוי ואשר קיבל הפניה בכתב מאת הרופא המטפל לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה ו/או קבלת ייעוץ דיאטטי במרפאות ההסדר של נותן השירות. שירותי הרפואה המשלימה יהיו אלה המפורטים להלן ואלה בלבד (להלן: "השירותים"):

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| • אקופונקטורה | • שיאצו | • כירופרקטיקה |
| • פלדנקרייז | • נטורופתיה | • שיטת אלכסנדר |
| • רפואה סינית | • רפלקסולוגיה | • אוסטאופתיה |
| • הומאופתיה | • ביו-פידבק | • ייעוץ דיאטטי |
| • טווינה | | |

4. היקף השירות:

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

5. אופן קבלת השירותים:

- 5.1. המנוי יתקשר טלפונית בעת שיהא זקוק לקבלת שירות למוקד המבטח, לטל" 03-6388400 או *5590, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה בוטח.

המנוי יציג מכתב הפניית הרופא המטפל לטיפול הנדרש על ידו. אישור זה מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי ע"י מוקד המבטח לנותן השירות הרלוונטי.

5.2. המנוי יהא זכאי לבחור מרפאת הסדר הקשורה עם החברה, מתוך רשימת מרפאות הסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו לקבלת השירות, בה יקבל את השירות.

5.3. השירות יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר.

5.4. השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

5.5. הגעת המנוי למרפאת ההסדר אליה הופנה, תהא על חשבונו.

5.6. עם תום מתן השירות, יחתום המנוי על ספח ביקורת, לפיו הוא מאשר כי נותן השירות נתן את השירות.

5.7. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך למוקד (גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר).

6. השתתפות עצמית:

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

7. באילו מקרים לא יינתן שירות:

7.1. השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוצא').

7.2. השירות לא יינתן בקשר עם בעיות כרוניות ובעיות פסיכולוגיות, כגון: חרדות ושינוי מצבי רוח, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם שבסעיף 16 לפרק המבוא בפוליסה.

7.3. השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך ע"י הרופא המטפל במנוי הקובעת כי קבלת השירות הינה לצורך רפואי ברור.

7.4. השירות אינו כולל הוצאות המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.

7.5. במקרה של גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים או בנותני שירותים באזור רלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר ו/או נסיבות שהחברה לא ידעה ולא היה עליה לדעת עליהם.

8. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנוי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

9. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

נספח 2

רשימת גבולות אחריות המבטח

כל הסכומים נקובים לפי מדד 11,534 נק'

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	פרק א' השתלות וטיפול מיוחדים בחו"ל
הוצאות מוכרות במסגרת האשפוז: אצל נותני שירות שבהסכם - שיפוי מלא אצל ספקי שירות שלא בהסכם - עד 3,803,000 ₪ ועד תקרת הסכומים המשולמים לנותני שירות שבהסכם	השתלות לב מלאכותי (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית)	2.1	
עד 950,750 ₪	טיפול מיוחד בחו"ל	2.2	
עד 684,540 ₪	איתור איבר להשתלה, קציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ההשתלה, איתור תורם מח עצם	2.3.2	
עד 22,500 ₪	הטסת גופת המבוטח	2.3.9	
עד 20,500 ₪	הוצאות נסיעה לחו"ל	2.3.10	
עד 95,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית	2.3.11	
עד 951 ₪ ליום ועד 220,000 ₪	הוצאות לשהייה בחו"ל	2.3.12	
עד 38,030 ₪	הוצאות הבאת מומחה לישראל כתחליף לטיפול מיוחד	2.3.13	
עד 50,000 ₪	המשך טיפולים לאחר השתלה	2.3.14	
עד 266,210 ₪	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב ריאה, ריאה, לבלב, מעי	2.4	
עד 6,600 ₪ למשך 24 חודשים	כליה, כליה לבלב, מוח עצמות ילד - מחצית מסכום הגמלה.	2.5	

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	3.2	סכום השיפוי המירבי
	עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. בנוסף, יינתן שיפוי בסך של עד 500,000 ₪ למקרה ביטוח חדש, לאחר מיצוי מלוא סכום הביטוח הראשוני.	
	3.3	עלות מתן שירות
עד 200 ₪ ולא יותר מ- 45 יום למקרה ביטוח.		
4	השתתפות עצמית של המבוטח	200 ₪ לתרופה לחודש ובכל מקרה לא יותר מ- 400 ₪ בגין כל המרשמים לחודש.
פרק ג' שירותים אמבולטוריים	4.1	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח
	עד 800 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	
	4.2	בדיקות רפואיות אבחנתיות
	עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח, בהשתתפות עצמית של 20%	
	4.3	בדיקות ושירות הריון
	עד 1,200 ₪ לבדיקה ועד 5,000 ₪ בגין כל הבדיקות בשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% לבדיקה.	
	4.4	טיפול הפריה חוץ גופית
	עד 8,000 ₪ לסדרת טיפולים לילד, בכפוף להשתתפות עצמית של 25%.	
	4.5	טיפול פיזיותרפיה לאחר האשפוז
	עד 150 ₪ לטיפול ועד 6 טיפולים בגין ניתוח אחד ולא יותר מ- 12 טיפולים בשנת ביטוח ועד 1,900 ₪ סה"כ.	
4.6	טיפול כימותרפיה רדיותרפיה ו/או	
עד 10,000 ₪ לשנת ביטוח		
4.7	שיקום דיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי ועיסוק	
עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים		
4.8	מנוי לשרותי משדר קרדילולוגי	
עד 150 ₪ לחודש ועד 18 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%		
4.9	התעמלות שיקומית השתלת לב או ניתוח לב	
עד 125 ₪ לחודש ועד 9 חודשים, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%		
4.10	שהייה במוסד החלמה לאחר השתלת לב או ניתוח לב	
עד 350 ₪ ליום ועד 14 יום, בכפוף להשתתפות עצמית של 50%		

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
4.11	עזרה ראשונה לכאבי שיניים	עד 100 ₪ לטיפול. לאחר השעה 21:00 או בשבתות ובחגים: עד 200 ₪ ועד 5 טיפולים בשנת ביטוח
4.13	ייעוץ רפואי מיוחד	עד 800 ₪ להתייעצות
3.1.2	גובה גמלת הסיעוד החודשית	עד 6,000 ₪
פרק ד' ביטוח סיעודי		
3	מחלות קשות	עד 16,821 ₪
פרק ה' מחלות קשות אירועים רפואיים חמורים		
2.7	חוות דעת שנייה בפתולוגיה	עד 550 ₪ לבדיקה, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%
2.8	שכר אחות פרטי/ת לאחר הניתוח	עד 650 ₪ ליום ועד תקופה מרבית של 10 ימי אשפוז
2.9	שתל	עד 30,000 ₪ לשנת ביטוח
3	ביצוע ניתוח ללא השתתפות המבטח	פיצוי בגובה 850 ₪ ליום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז בסה"כ
4.1.3	הטסת גופת המבוטח	שיפוי מלא
5.1	הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה למבוטח ולמלווה	עד 20,500 ₪
5.2	הוצאות שהיית מלווה בחו"ל	עד 700 ₪ ועד 30 יום בסה"כ
6.1.2	מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה-AIDS או הפטיטיס B	עד 205,000 ₪
6.2.1	פיצוי חודשי בגין אבדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה ניתוח	עד 3,300 ₪
6.3.2	תשלום חד פעמי במקרה מוות כתוצאה מניתוח	עד 100,000 ₪
7.1	עקירה כירורגית	עד 500 ₪ לעקירה ולא יותר מ-3 עקירות בכל תקופת הביטוח.
	ניתוחי חניכיים:	
7.2.1	בדיקה פריודנטלית	עד 250 ₪
7.2.2	הקצאת שורשים	עד 150 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)
7.2.3	כריתת חניכיים	עד 1,200 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)
7.2.4	ניתוח מטלית	עד 1,500 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)

נספח א' – תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשע"ה-2015

יחולו על הביטוח הסיעודי החל מיום 01.02.2016

1. צירוף מבוטח

1.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת

מאלה:

2.1.1 לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם

גבייתם חלה לאחר אותו מועד;

או

2.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי,

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

1.2 האמור בסעיף 1.1 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 היתה 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 שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד;

לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

(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;

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

2. ביטול הביטוח לגבי מבוטח

2.1.2.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 1.1 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

2.1.2.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 1.1, 1.2, 1.3 ו- 3 בנספח זה לעיל ולהלן, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 1.2(2) לעיל. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

2.1.2.3 על אף האמור בסעיף 5, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 7.1.3, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

3. העלאת דמי ביטוח

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 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, "העלאת דמי הביטוח" –

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח והעלאת 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;

4. מתן מסמכים למבוטח

4.1 מתן מסמכים למבוטח:

- 4.1.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 4.1.2 על אף האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, 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.
- "שינוי בדמי הביטוח" לעניין סעיף זה וסעיף 4.2.1 להלן- לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות הגיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 4.1.3 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.
- 4.1.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלם המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 4.2 מתן הודעות למבוטח:**
- 4.2.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (להלן- **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 בסעיפים 1.1, 1.2, 1.3 ו- 3 בנספח זה לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 1.2(2) לעיל; 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.

(א1) 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.

(א2) 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 חידשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 1.3(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.

4.2.2 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 כאמור.

5. תקופת הביטוח

למען הסר ספק מובהר כי הביטוח לא יפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בפוליסה, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

6. כפל ביטוח

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

7. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

- 7.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- 7.1.1 כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 7.1.2 כי ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.
- 7.1.3 והוא: מעביד - לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.