



קרן קיימת לישראל
K K L - J N F



עובדי קרן קיימת לישראל ובני משפחותיהם 2023-2028



ככל
ביטוח וכינסים

ביטוח בריאות קבוצתי



ירושלים, מאי 2023

קרן קימת לישראל
K K L - J N F

עובדות ועובדים יקרים,

כחלק ממאמצים לשיפור רווחתכם ושמירה על בריאותכם ובשל החשיבות הרבה שאנחנו מייחסים לביטוח, ולאור ניסיונו בליווי עובדים שחלו, אנו שמחים לבשר שחידשנו את תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית של עובדי הקק"ל לעובדים וב"ב ל- 5 שנים נוספות. התוכנית החדשה מכילה תוספות, שדרוגים ועדכונים בעלת תנאים ייחודיים ביותר בחברת הביטוח "כלל".

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

אנו מייחסים לתוכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלת חיים. הוספת הטבה זו הינה חוליה נוספת בשרשרת ההטבות שארגוננו חרט על דגלו בקידום מעמדם של כל העובדים.

הביטוח לעובדי קק"ל במימון המעסיק נותן מענה ביטוחי לכיסויים הבאים, שלא זוכים למענה מלא מהביטוחים המשלימים בקופות החולים:

חבד בסיס

- השתלות בחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל
- תרופות שאינן בסל הבריאות
- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- שירותים רפואיים שלא בעת אשפוז (כגון בדיקות הריון, טיפולי פיזיותרפיה וכו')

חבד הרחבה

- ניתוחים בישראל בהליך פרטי מהשקל הראשון
- רפואה משלימה
- שירותים רפואיים נוספים

בנוסף הגדלנו את סכום הפיצוי עבור מחלה קשה לסך של 50,000 ₪.

בחברת זו תמצאו את פרטי הכיסוי הביטוחי והסבר כיצד לנהוג במקרה של תביעה.

סוכנות הביטוח עדרבי תמשיך ללוות את הפוליסה ואת עובדי הארגון.

טלפון: 036870332, דוא"ל: tanya@adr-ins.co.il.

בברכת בריאות טובה ואריכות ימים,

צרויה אמינוב	אמיר רוזנבאום	יובל ייני	ישראל גולדשטיין
מנהלת מח' ביטוחים	מנהל חט' משא"ן	מנהל חט' כספים	יו"ר ארגון העובדים הארצי

תמצית תנאי הביטוח – ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי קק"ל ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי קק"ל ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	עובדי קק"ל
סוג הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, ניתוחים בחו"ל, שירותים אמבולטוריים, מחלות קשות (רובד בסיס); ניתוחים מהשקל הראשון / ניתוחים משלים שב"ן, כתב שירות רפואה משלימה ושירותים רפואיים נוספים (רובד הרחבה);
משך תקופת הביטוח	מיום 30.04.2023 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 30.04.2028.
המשכיות	המבוטח יהיה זכאי להצטרף ללא הוכחת בריאות מחודשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים אצל המבטח באותה עת, זאת בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח (ראה סעיף 6.4 לפוליסה)

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>ביטוח בריאות קבוצתי הכולל 2 רבדים:</p> <p>רובד הבסיס כולל את הכיסויים הבאים - (פרק א') השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל, (פרק ב') תרופות שאינן בסל הבריאות, (פרק ג') ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, (פרק ד') שירותים אמבולטורים, (פרק ה') מחלות קשות.</p> <p>רובד ההרחבה כולל את הכיסויים הבאים - (פרק ו'1) ניתוחים בישראל מהשקל הראשון, (פרק ו'2) ניתוחים בישראל משלים שב"ן (חליפי לפרק ו'1), (פרק ז') כתב שירות – רפואה משלימה, (פרק ח') שירותים נוספים. (ההצטרפות לרובד ההרחבה, מותנית בהצטרפות לרובד הבסיס).</p>	<p>תיאור הביטוח</p>
<p>ראה סעיף 23 להסכם ביטוח בריאות קבוצתי בפוליסה.</p> <p>סעיף 4 בפרק ב' בפוליסה סעיף 2 בפרק ג' בפוליסה סעיף 4 בפרק ו'1 בפוליסה סעיף 6 בפרק ו'2 בפוליסה סעיף 6 בפרק ז' בפוליסה</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק	השתתפות עצמית
<p>- ניתוחים בישראל מהשקל הראשון – רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p> <p>- השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p> <p>- שירותים אמבולטוריים – חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.</p>	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית פרטי הפוליסה

דמי הביטוח (ש) בגין רובד בסיס ורובד הרחבה לעובד:

מבוטח	פרקים א-ו+1 ז ח	פרקים א-ה + ו+2 ז ח
עובד	235	225

דמי הביטוח (ש) בגין רובד הבסיס לבני משפחה:

מבוטח	פרקים א'-ד'	פרק ה" (מחלות קשות)
בת זוג / ילד בוגר	41	50
ילד/נכד*	11	5

דמי הביטוח בגין רובד הרחבה לבני משפחה:

גיל המבוטח	פרק ו'1+ז'ח"	פרק ו'2+ז'ח'
עד 20	32.04	27.29
21 עד 30	68.15	60.68
31 עד 40	84.85	72.10
41 עד 50	115.60	94.51
51 עד 55	152.58	122.71
56 עד 60	205.31	163.13
61 עד 65	263.31	205.31
+ 66	316.91	245.73

* ילד- עד גיל 20 (כולל ילד של עובד ו/או נכד). ילד בוגר – מגיל 21 ואילך.

* ילד שלישי ואילך (עד גיל 20) במשפחת העובד הגרעינית - חינם.
* הסכומים צמודים למדד המחירים לצרכן 13,461 שפורסם ביום 16.03.2023.

* הפרמיה כפופה להתאמת פרמיה במפורט בסעיף 7.3 בפוליסה.
* הרובד המורחב מותנה בהצטרפות לרובד הבסיס.

שים לב!

מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצרים אלו נכונים למועד פרסומם

עלות
הביטוח

רובד הבסיס: פרק א' – השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הניסוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)²
השתלות	השתלת איבר באמצעות נותן שירות שבהסכם (סעיף 3.1)	שיפוי מלא	—
	השתלת איבר באמצעות נותן שירות אחר (סעיף 3.1)	עד 5,000,000 ₪	
טיפול רפואי מיוחד	שיפוי בגין הוצאות בפועל טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.2)	עד 1,000,000 ₪	—
הוצאות נלוות	שיפוי בגין הוצאות לצורך איתור המושטל, בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה, לרבות איתור תורם מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי (סעיף 3.4.1)	עד 310,000 ₪	
	שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור איבר וקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה (סעיף 3.4.2)	עד 210,000 ₪	

יִהְיֶה זְכָאי מְבוֹטָח (או מוֹטָב) לְתִגְמוּלֵי בִיטוּחַ.

פרק א' – השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 3.4.3)	עד 100,000 ₪	
	הוצאות שהייה בחו"ל (סעיף 3.4.4)	עד 1,000 ₪ ליום, למלווה יחיד, 1,500 ₪ ליום לזוג מלווים (למבוטח קטין) ועד 230,000 ₪	
	הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ייעוץ (סעיף 3.4.5)	העלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל	
	הוצאות לטיפול המשך בארץ ובחו"ל לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי (סעיף 3.4.6)	עד 150,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד 200,000 ₪ בגין ביצוע השתלה	
	שיפוי בגין הוצאות הטסת גופה (סעיף 3.4.7)	ללא מגבלת סכום	

³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק א' – השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴
הוצאות נלוות	תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד (סעיף 3.4.8)	עד 150,000 ₪	—
	שיפוי בגין מעקב רפואי כולל הוצאות טיסות ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול (סעיף 3.4.9)	עד 50,000 ₪	
פיצוי	פיצוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.4.10)	בסך 10,000 ₪	—
	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 3.4.11)	בסך 150,000 ₪	

⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק א' – השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵
פיצוי	פיצוי חד פעמי למועמד להשתלה (סעיף 3.5)	בסך 350,000 ₪	—
	פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח (סעיף 3.6)	בסך 350,000 ₪	
	גמלת החלמה למועמד להשתלה (סעיף 3.7)	למועמד המרותק למיטתו, עד 7,500 ₪ עד לביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים. ולמבטח השווה באשפוז בבית חולים עד 3,750 ₪ עד לביצוע ההשתלה בפועל. ולא יותר מ-12 חודשים.	
	גמלת החלמה לאחר השתלה (סעיף 3.8.1)	7,500 ₪ למשך 24 חודשים ולאחר השתלת קרנית, ומח עצם עצמית, 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.	

פרק א' – השתלות בארץ/ואו בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ/ואו בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁶
הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל	שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור מוסד רפואי, ובדיקות רפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן (סעיף 3.9.1)	עד 100,000 ₪	—
	שיפוי בגין הוצאות הטסה לחו"ל (סעיף 3.9.2)	עד 40,000 ועד 60,000 ₪ לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום	
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 3.9.3)	עד 100,000 ₪	
	הוצאות שהייה בחו"ל (סעיף 3.9.4)	עד 60 יום ועד 2,000 ₪ ליום למלווה יחיד, ועד 3,000 ₪ ליום לזוג מלווים (למבוטח קטין).	

⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק א' – השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁷
שיפוי בגין חוות דעת רפואית מורחבת	שיפוי עבור חוות דעת רפואית מורחבת הקשורה לכל בעיה רפואית לרבות ולא רק השתלה, כנגד קבלות בעבור ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי (סעיף 3.10)	עד 6,500 ש"ח, גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי, לפי הנמוך מבניהם	20% מהתשלום
פיצוי במקרה של מוות	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח	בסך 150,000 ש"ח, מוות כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח	—
הערות	<p>בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</p> <p>(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.</p> <p>(2) מתקיימות הוראות החוק האמור לענין איסור סחר באיברים.</p> <p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸	השתתפות עצמית
מקרה הביטוח	תרופה המאושרת לשימוש לפי תקנה 29(א)(1), או 29(א)(3), או 29(א)(4), או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו שאינה כלולה בסל הבריאות ובפרק התרופות המורחב ע"י פרק זה. (סעיף 2.2).	כיסוי עד לסך של ₪ 1,000,000 ובמידה ויזכר שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל-2,000,000 ₪ כל הסכומים הינם למשך כל תקופת הביטוח (סעיף 2.2)	—	—

⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית
חבות המבטח ותגמולי הביטוח	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות (סעיף 3.1)	הכיסוי יינתן עד 3,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה	—	150 ₪ לתרופה לחודש, ולא תחול השתתפות עצמית בגין מספר תרופות שעלותן החודשית מעל 300 ₪ במצטבר. ראה סעיף 3.1.1 לפוליסה.
	תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות להתוויה רפואית אחרת (סעיף 3.1)			לא תנוכה השתתפות העצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ ראה סעיף 3.1.2 לפוליסה.
	תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית (סעיף 3.1)			

⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁰	השתתפות עצמית
חבות המבטח ותגמולי הביטוח	שיפוי בגין ביצוע בדיקה למבוטח שחלה בסרטן שמטרתה אפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן לצורך סיוע בקבלת החלטה טיפולית ואפיון דרכי הטיפול התרופתי, תוך בחינת הנסיבות האישיות של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות של גידולים לבחינת השפעת והתאמת הטיפול בסרטן. (סעיף 3.2)	85% ועד 60,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח.	—	15% מהתשלום

¹⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹¹	השתתפות עצמית
חבות המבטח ותגמולי הביטוח	המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (סעיף 3.7)	שיפוי עד סכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.	—	—
	הזכות לחוות דעת בעת דחיית תביעה (סעיף 3.8)	שיפוי עד 1,800 ₪, בתוספת מע"מ בגין חוות דעת לרופא/ פרמקולוג/ ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח	—	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

¹¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹³	השתתפות עצמית
כיסויים גלויים לניתוח פרטי בחו"ל	הטסה רפואית (סעיף 1.3.1)	עד 85,000 ₪	—	—
	הוצאות כרטיס טיסה (סעיף 1.3.2)	עד 35,000 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 50,000 ₪ למבוטח ושני מלווים. ובמקרים אחרים שאינם כרוכים באשפוז כיסוי הוצאות טיסה יהיו עד 10,000 ₪ כולל תשלום בגין מלווה		
	הוצאות שהייה (סעיף 1.3.2)	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים		

¹³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁴	השתתפות עצמית
כיסויים גלויים לניתוח פרטי בחו"ל	הטסת גופה (סעיף 1.3.3)	ללא מגבלת סכום	—	—
	הבאת מומחה לישראל (סעיף 1.3.4)	עד 100,000 ₪		
	הוצאות שהייה לאחר ניתוח (סעיף 1.3.5)	עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. עד 800 ₪ למבוטח ולמלווה יחיד או 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ- 30 ימים		

¹⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת כמה הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁵	השתתפות עצמית
כיסויים גלויים לניתוח פרטי בחו"ל	שיפוי בגין התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר ניתוח (סעיף 1.3.6)	עד 10,000 ₪ לחוות דעת, זכאות לשתי התייעצויות ו/או ביקורת בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח שיפוי בגין כרטיס טיסה עד 10,000 ₪ ובגין הוצאות שהייה ומלווה אחד (במקרה של קטין-שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים.	—	20%
	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה ישירה מניתוח (סעיף 1.3.7)	פיצוי ע"ס 200,000 ₪ בגין פטירת המבוטח, כתוצאה מהניתוח או תוך 7 ימים לאחר הניתוח או בתקופה של עד 30 ימים לאחר הניתוח, בהם שהה המבוטח באשפוז רציף		—
	ריפוי בעיסוק עקב ניתוח (סעיף 1.3.8)	עד 180 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח.		20%

¹⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁶	השתתפות עצמית
כיסויים נלווים לניתוח פרטי בחו"ל	הוצאות החלמה בעקבות הניתוח (סעיף 1.3.9)	בעקבות ניתוח הכרוך באשפוז של 7 ימים, שיפוי בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה עד 30 ימים ממועד השחרור מבית החולים, עד 800 ש"ח ליום ועד 5 ימים	—	—
	אחות/פרטית בבית החולים, לאחר ניתוח (סעיף 1.3.10)	שיפוי עד 800 ש"ח ליום ועד 8 ימי אשפוז	—	—
	הוצאות העברה יבשתית (סעיף 1.3.11)	שיפוי מלא, וזאת באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצע הניתוח בחו"ל	—	—

¹⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁷	השתתפות עצמית
כיסויים נלווים לניתוח פרטי בחו"ל	המשך מעקב רפואי בחו"ל- שיפוי בגין בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי המנתח שביצע בפועל את הניתוח, ובוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכהמשך ישיר ממנו, ובתנאי כי בוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח (סעיף 1.3.12)	שיפוי עד ₪ 90,000	—	—
	פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח (סעיף 1.3.13)	בסך 250,000 ₪	—	—
	פיצוי בשל אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח (סעיף 1.3.14)	בסך 3,500 ₪ עד 24 חודשים	—	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

¹⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁸	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח	שיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה (סעיף 3.1)	שיפוי עד 1,000 ₪ להתייעצות, ובכל מקרה לא יותר מ-4 התייעצויות לשנת ביטוח	30 יום	20% מהתשלום
חוות דעת שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל	שיפוי בגין חוות דעת לבדיקת חלופות טיפוליות, בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל, או קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות (סעיף 3.2)	שיפוי עד 3,630 ₪, ובמקרים בהם חוות הדעת ניתנת לחולים אונקולוגיים בשלב מחלה מתקדם (Stage 4) במקרה יעמוד סכום השיפוי על 7,500 ₪ ושיפוי בגין הוצאות טיסה והשהייה עד 4,500 ₪, לשם חוות דעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום	30 יום	—

¹⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁹	השתתפות עצמית
בדיקות אבחנתיות	<p>שיפוי בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות. הכוללות את הבדיקות הבאות - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless (P.E.T) Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל (סעיף 3.3)</p>	עד 8,000 ₪ בגין בדיקות הדמיה לשנת ביטוח ועד סך של 5,000 ₪ בגין כל שאר הבדיקות (שאינן הדמיה) לשנת ביטוח	30 יום	20% מהתשלום

¹⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁰	השתתפות עצמית
טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים	טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים (סעיף 3.4)	עד 80% מההוצאות בפועל ועד 200 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים בסה"כ לשנת ביטוח	30 יום	20% מהתשלום

²⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²¹	השתתפות עצמית
טיפולים ובדיקות אונקולוגיות	טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או הפירטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול novacur מבטרטן מוחי באמצעות קסדת או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגרי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי (סעיף 3.5)	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 50,000 ₪ לשנת ביטוח. שיפוי בגין כל הטיפולים שעבר המבוטח במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום	30 יום	20% מהתשלום

²¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²²	השתתפות עצמית
מני לשירותי משדר קרדיולוגי	שיפוי עבור מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה (סעיף 3.6)	וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,600 ₪	30 יום	20% מהתשלום
	שיפוי עבור הוצאות שיקום לרבות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח או האירוע הלבבי, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית (סעיף 3.7)	עד 80% מההוצאות ועד 300 ₪ לחודש ועד 9 חודשים		

²² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²³	השתתפות עצמית
החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן	שיפוי עבור הוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגים (סעיף 3.8)	עד 80% מההוצאות בפועל עד לסכום של 500 ₪ ליום ועד 14 יום, ובמקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרור מבית החולים, ובמקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא החלמה אונקולוגית ועד לסכום של 500 ₪ לכל יום לטיפול ועד 21 ימי טיפול	30 יום	20% מהתשלום

²³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' - שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁴	השתתפות עצמית
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia	השתתפות בהוצאות בגין בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה (סעיף 3.9)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 200 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח	30 יום	20% מהתשלום

²⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁵	ת עצמית השתתפו
טיפול בכאב	השתתפות בעלות בגין טיפולים הנדרשים להקלת בכאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב וסטרואידים לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הניירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה(אם קיים) (סעיף 3.10)	שיפוי בגין התשלום המלא או החלקי עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ועד 10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ 30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	30 יום	בין 20% ל-25% מהתשלום

²⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁶	השתתפות עצמית
ביקור רופא	שיפוי בגין הוצאה כספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא בבית המבוטח. הביקור יכלול בין היתר, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/רופא מומחה ו/או הפנייה למיזן (סעיף 3.11)	עד 80% מההוצאות סכום ההחזר עד 200 ₪ לביקור ועד 2 ביקורים בשנה	30 יום	20% מהתשלום

²⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁷	השתתפות עצמית
בדיקות, שירותים וטיפולים להריון	שיפוי בגין בדיקות הריון. "בדיקות הריון" כוללות את הבדיקות הבאות: בדיקת חלבון עוברי, בדיקת שקיפות עורפית, סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר, בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות, צ'יפ גנטי, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזמליים בעובר כגון NIPT לסוגיה, כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה, התייעצות עם רופא מומחה במהלך ההריון לצורך ביצוע מעקב הריון, ובדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון (סעיף 3.12)	80% מהתשלום בגין כל בדיקות ההריון למבוטחת להריון – ועד 6,000 ש"ח. ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון ו/או לאחריו, עד 3,000 ש"ח. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל	180 יום	20% מהתשלום

²⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁸	השתתפות עצמית
טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל	שיפוי עבור בדיקות ו/או טיפול פריון, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה (סעיף 3.13)	עד 80% מההוצאות וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל סדרת טיפולים ועד שתי סדרות. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול	180 יום	20% מהתשלום

²⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁹	השתתפות עצמית
ייעוץ וטיפול פסיכולוגיים	<p>הטיפולים יינתנו על ידי פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים ו/או עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו – 1996 ו/או פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון מומחה בתחום הפסיכיאטריה מטעם משרד הבריאות. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה כתוצאה מהמקרים המפורטים להלן: הפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה עבר, מחלה ממארת שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה עבר, גירושין של המבוטח מבן/ת זוג, פיטורים של מבוטח ממקום עבודתו. (סעיף 3.14)</p>	<p>שיפוי בסך 170 נ"ח לטיפול פסיכולוגי ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, עד 12 טיפולים בשנת ביטוח</p>	30 יום	—

²⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ד' – שירותים אמבולטוריים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁰	השתתפות עצמית
עזרה ראשונה לכאבי שיניים	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול לעזרה ראשונה ושיכור כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש : 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 והורדת נקודת לחץ של תותבת (סעיף 3.15)	בגין טיפולי חירום שיינתנו עד השעה 21:00- עד 200 ₪ לטיפול. בגין טיפולי חירום שיינתנו לאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים - עד 400 ₪ לטיפול. עד 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח	30 יום	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

³⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ה' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³¹	השתתפות עצמית
ביטוח מחלות קשות	פיצוי עבור גילוי מחלה קשה, עבור המחלות כדלקמן; אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure), טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis), תרדמת (Coma), מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver (Cirrhosis) (Disease), אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic Failure), מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension), אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION), ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair), ניתוח אבי העורקים (Aorta), שבץ מוחי (CVA), סרטן (Cancer), אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia), גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor), חירשות (Deafness).	פיצוי בסך ₪ 50,000	60 יום	—

³¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ה' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³²	השתתפות עצמית
ביטוח מחלות קשות	עיוורון (Blindness), פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis), שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis), כוויות קשות (Severe Burns), אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech), פרקינסון (Parkinson's Disease), השתלת איברים (Organ Transplantation), עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis), ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis), פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident), דלקת חיידיקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis), דלקת מוח (Encephalitis), ניתוח מעקפי הלב, צפדת (טטנוס) (Tetanus) קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy), ניתוח מעקפי לב (CABG), איבוד גפיים (Loss of Limbs), תשישות נפש (Dementia), מצב רפואי ובלתי הפיך, סכרת נעורים, נכות צמיתה, תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).	פיצוי בסך 50,000 ₪	60 יום	—

³² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ה' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³³	השתתפות עצמית
התחייבות המבטח	גילוי המחלה לאחר מות המבוטח: ארע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח	תשלום למוטב של המבוטח, בהתאם לתגמולי הביטוח ששולמו בעבר בגין פרק זה למבוטח. והמבטח יאה פטור מכל חבות נוספת על פי ביטוח זה כלפי כל מוטב אחר ו/או עיזבון המבוטח ו/או כל צד שלישי שהוא.	60 יום	—
תום תקופת הביטוח	ביטוח זה יסתיים עבור כל מבוטח במלאות לו 70 שנה או כאשר ישולם מלאו תגמולי הביטוח בגין פרק זה.			

³³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

רובד הרחבה : פרק ו' 1 –
כיסוי ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

תיאור הכיסויים בפוליסה תיאור הכיסויים בפוליסה

<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) 34</p>	<p>מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע</p>	<p>תיאור הכיסוי</p>	<p>שם הכיסוי</p>
<p>90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה</p>	<p>לנותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם – עד 1,500 ש"ח.</p>	<p>עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. (סעיף 3.1)</p>	<p>התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל</p>
	<p>כיסוי מלא</p>	<p>הוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.3 ו- 3.2).</p> <p>מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.</p>	<p>ניתוח פרטי בישראל</p>

³⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ו'1 – כיסוי לניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁵
טיפול מחליף ניתוח בישראל	כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.4)	לנותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם – עד הסכום שבאתר האינטרנט www.clal.co.il בכתובת	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
הערות	<p>לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p> <p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		

³⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ו'2 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁶
התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל	עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. (סעיף 3.1).	לנותן שירות שבהסכם – ישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם – שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מ- 1,500 ₪, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה

³⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ו'2 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁷
ניתוח פרטי בישראל	<p>כיסוי להוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.2 ו- 3.3).</p> <p>מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד וישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. (באופן שהתשלומים יבוצעו על ידי המבטח ישירות לנותן השירות שבהסכם).</p>	כיסוי מלא בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה

³⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ו'2 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן			
תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁸
טיפול מחליף ניתוח בישראל	כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.4)	לנותן שירות שבהסכם – ישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם – קיים. שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.		
	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

³⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ז' - כתב שירות - רפואה משלימה				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁹	השתתפות עצמית
רפואה משלימה	<p>אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקר׳יז, ביופידבק, טיפול נטורופתי, ייעוץ דיאטטי, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, שיטת טווינה, עיסוי רפואי, עיסוי רקמות עמוק, עיסוי תאילנדי, לומי לומי, סוג'וק, חדרי מלח, פיזיותרפיה, אירוודה. ראה סעיף ג(1) לכתב השירות. בכפוף להפניה בכתב מרופא לקבלת השירות בשל מצב רפואי.</p>	<p>קבלת השירות מנותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא (בכפוף לתשלום השתתפות עצמית).</p> <p>קבלת השירות מנותן שירות אחר – שיפוי בסך של 50% מעלות הטיפול ששולמה בפועל אך לא יותר מ-140 ש"ח לכל טיפול.</p> <p>עד התייעצות אחת ועד 20 טיפולים בשנה (פגישת הייעוץ נכללת במניין 20 הטיפולים).</p>	90 ימים	<p>קבלת השירות מנותן שירות שבהסכם – 47 ש"ח בעבור כל טיפול ו/או התייעצות שיבוצעו במרפאת נותן השירות שבהסכם. 72 ש"ח בעבור כל טיפול ו/או התייעצות שנותן שירות שבהסכם יבצע בבית המנוי.</p> <p>קבלת השירות מנותן שירות אחר – שיפוי בסך של 50% מעלות הטיפול ששולמה בפועל אך לא יותר מ-140 ש"ח לכל טיפול.</p>

³⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁰	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה במהלך אשפוז או בבית המבוטח	שיפוי למבוטח הנמצא באשפוז בבית חולים בגין התייעצויות או אבחון שיעשה על ידי רופא מומחה שאינו נמנה על צוות הרופאים של בית החולים (סעיף 3.1)	עד תקרה של ₪ 2,500	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴¹	השתתפות עצמית
כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית	שיפוי עבור חוות דעת פתולוגית, בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגית, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נדרש (סעיף 3.2)	עד 80% מההוצאות בפועל ועד 4,500 ₪ לשנת ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום	30 יום	20% מהתשלום

⁴¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴²	השתתפות עצמית
חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה	שיפוי לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה (סעיף 3.3)	עד 80% מההוצאות בפועל ועד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח	30 יום	20% מהתשלום
טיפול שיקום וסיעוד	שיפוי בגין טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטר וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק (סעיף 3.4)	עד 80% מההוצאות בפועל עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ-20 טיפולים לשנת ביטוח		

⁴² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴³	השתתפות עצמית
בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה, כולל בדיקות גנטיות בקרוב המשפחה לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבוטח (סעיף 3.5)	שיפוי של 15,000 ₪ למקרה ביטוח ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר	30 יום	20% מהתשלום
	טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים	שיפוי בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת (סעיף 3.6)		

⁴³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁴	השתתפות עצמית
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	השתתפות עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה (סעיף 3.7)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 4,000 ₪ לשנת ביטוח. ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה	30 יום	20% מהתשלום
אח/ת פרטית	השתתפות בגין השכרת שירותי אח/ות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) (סעיף 3.8)	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 500 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה, וגם שיפוי בגין שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (חדר יחיד) בסך 2,500 ₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל		

⁴⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁵	השתתפות עצמית
אביזר/ים רפואיים	שיפוי בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוסחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי 10), או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חימונית /פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטוקונוס, קוצר ראייה מעל 7, השתלת קרנית ורפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטיגמציה (צילינדר), שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר (סעיף 3.9)	עד 80% מההוצאות ההחזר הינו עד הסכום 10,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁶	השתתפות עצמית
הדפסת איברים	השתתפות בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס (סעיף 3.10)	עד 80% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2,000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁷	השתתפות עצמית
שיקום הליכה ויציבה	שיפוי עבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, או טיפול בג'ירוטוניק/ בגירוקינזיס, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק (סעיף 3.11)	עד 80% מההוצאות עד סכום של 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. ובלבד כי ניתנה הפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁸	השתתפות עצמית
פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח (סעיף 3.12)	עד סכום של 1,000 ₪ ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 7 יום		—
הזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטראואידים והזרקות PRP	השתתפות עבור עלות טיפול להזרקות חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק (סעיף 3.13)	עד 80% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונית/קבלה עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזרקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴⁹	השתתפות עצמית
טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם	השתתפות בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) (סעיף 3.14)	עד 80% מההוצאות שיפוי כנגד חשבונית/קבלה עד סכום מרבי של 4,500 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	30 יום	20% מהתשלום

⁴⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵⁰	השתתפות עצמית
הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	השתתפות בעלות עבור טיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) (סעיף 3.15)	עד 80% מההוצאות עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	30 יום	20% מהתשלום

⁵⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵¹	השתתפות עצמית
הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה	השתתפות בעלות עבור טיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) (סעיף 3.16)	עד סכום מרבי של 6,000 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שיסולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה	30 יום	—
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	השתתפות בעלות עבור הזרקה או סדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) (סעיף 3.17)	עד 80% מההוצאות עד סכום מרבי של 2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ- 10,000 ₪ לסדרת הזרקות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שיסולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה		20% מהתשלום

⁵¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵²	השתתפות עצמית
קנאביס רפואי למחלות הסרטן בלבד	שיפוי בגין טיפול בקנאביס רפואי (סעיף 3.18)	עד 80% מההוצאות בסך של 1,000 ₪ לחודש בגין המחלות: סרטן, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, ולופוס ועד סכום מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה	30 יום	20% מהתשלום
טיפול פסיכיאטרי	שיפוי בגין טיפול פסיכולוגי (סעיף 3.19)	עד 600 ₪ לטיפול ועד 2 טיפולים ב תקופת הביטוח		

⁵² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵³	השתתפות עצמית
אבחון בבעיות התפתחות של ילדים	שיפוי בגין אבחון ילד מבוטח עד גיל 16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד (סעיף 3.20)	עד 80% מההוצאות עד סכום ביטוח של ₪ 2,500 לתקופת בדיקה	180 יום	20% מהתשלום
טיפול בבעיות התפתחות של ילדים	שיפוי עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ת ו/או באמצעות בעלי חיים (סעיף 3.21)	עד 80% מההוצאות ועד ₪ 150 לטיפול ועד 16 טיפולים בשנה		

⁵³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵⁴	השתתפות עצמית
רפואה מונעת מגיל 40 ואילך	שיפוי עבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, (סעיף 3.22)	עד 80% מההוצאות ועד 350 ₪ לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה	30 יום	20% מהתשלום
בדיקת סקר תקופתית	שיפוי בגין עלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב – א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, (סעיף 3.23)	עד 80% מההוצאות עד לסכום של 1,000 ₪	30 יום	20% מהתשלום

⁵⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵⁵	השתתפות עצמית
מימון לבדיקות וטיפולים רפואיים הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל	שיפוי בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל, נעשתה ע"פ הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010. יובהר כי המדובר בשיפוי בגין בדיקות, טיפולים ושירותים להיריון, כולל בדיקות טרום היריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות (סעיף 3.26)	עד 80% מההוצאות וזאת עד תקרת הסכום 30,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 2 סדרות טיפול	180 יום	20% מהתשלום

⁵⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ח' – שירותים רפואיים נוספים				
תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵⁶	השתתפות עצמית
מענקים לאחר ניתוח	מבוטח אשר נדבק בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (HIV) ו/או בהפטיטיס B, כתוצאה מעירווי דם ומוצרי, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח (סעיף 3.27)	פיצוי חד פעמי בסך 220,000 ₪	30 יום	—
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 16.03.2023 שהינו 13,461 נק'.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

⁵⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

אופן הגשת תביעה

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, עליך לפנות תחילה אל סוכנות ירון עדרבי, לאשת קשר טניה טלפון: 03-6870332, נייד: 052-8024424, tanya@adr-ins.co.il.

כמו כן ניתן לפנות אל מוקד 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.clal.co.il.

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות של "כלל ביטוח" לברור 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 ושמוע 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 הנוגע 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 ממתני 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 וממתני מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:
 - 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
 - 2.2 מכתב שחרור מביה"ח.
 - 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתני 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 ממתני 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 וממתני 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.

פרק מבוא

הגדרות ותנאים כלליים

- 1. הגדרות:**
- 1.1. החברה" או "המבטח" – כלל חברה לביטוח בע"מ
 - 1.2. "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
 - 1.3. "תאריך תחילת הביטוח" – 30.04.2023
 - 1.4. "תאריך הצטרפות" – התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
 - 1.5. "הסכם (ה)ביטוח" - חוזה הביטוח מיום 30.4.23 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
 - 1.6. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.7. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
 - 1.8. "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
 - 1.9. "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).
 - 1.10. "בית חולים שבהסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו 1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח. מובהר כי למבטח הסכמים עם כל בתי החולים הפרטיים בישראל.
 - 1.11. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
 - 1.12. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
 - 1.13. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
 - 1.14. "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
 - 1.15. "מנתח הסכם" רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
 - 1.16. "מנתח אחר" - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
 - 1.17. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

- 1.18. **"רופא מרדים בהסכם"** – רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.19. **"רופא מרדים אחר"** – רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.20. **"אשפוז"** – שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.21. **"נותן שירות בהסכם"** – מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או נתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.22. **"אח/ות"** – אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.23. **"שתל"** – כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק **מלאכותי** או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכון המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים. **ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 /2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**
- 1.24. **"ניתוח"** – פעולה פולשנית - חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר

בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד'ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. **ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**

- 1.25. **"תחליף ניתוח"** - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול. ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. יובהר כי כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאינו ניתוח, יוגדר הטיפול כתחליף ניתוח. **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**
- 1.26. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.27. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.28. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.29. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קובנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.30. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.31. **"יום אשפוז"** – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.32. **"יועץ מלווה"** - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט יהויל סיכוני בריאות בע"מ.

- 1.33. "גיל" או "גיל המבוטח" - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.34. "**המוטב**" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.35. "**בעל הפוליסה**" – מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 1.36. "**ה/עובדים**" – עובדים אצל בעל הפוליסה וגמלאים בפנסיה תקציבית.
- 1.37. "**עובדים קיימים**" – עובדים אצל בעל הפוליסה, ערב כניסת הסכם ביטוח זה לתוקף.
- 1.38. "**עובדים/ים חדשים**" – עובדים שלא היו עובדים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד.
- 1.39. "**בני משפחה / בני משפחותיהם**" - בני/בנות זוגם של העובד (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/ בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד/החבר וילדיהם (הנכדים).
- 1.40. "**מבוטחים חדשים**" – עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים קיימים של בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד, ובני משפחותיהם של כל אלה.
- 1.41. "**שב"ן**" – תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.42. "**חוק הביטוח**" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.43. "**חוק הבריאות**" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.44. "**תקנות ביטוח בריאות קבוצתי**" – הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009).
- 1.45. "**קופת חולים**" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.46. "**וועדת הליסינקי**" -ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.47. "**תקופת אנכרה**" תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האנכרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.

- מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.
- 1.48. **"דמי הביטוח"** או **"הפרמיה"** – הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.49. **"סכום ביטוח"** – הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.50. **"המדד"** – מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.51. **"דף פרטי הביטוח"** – דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.52. **"תקופת (ה)בדיקה"** – תקופה של 30 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.
- 1.53. **"השתתפות עצמית"** – חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.54. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** – חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.55. **"צירוף בהסכמה"** – צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
- 1.56. **"תאונה"** – חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה"**.
- 2. תקופת הסכם הביטוח:**
- 2.1. **תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 30.04.2023 וסיומה ביום 30.04.2028** (להלן: "תקופת ההסכם" ו/או "תקופת הביטוח"), אלא אם יבוטל קודם לכן על פי הוראותיו.
- 2.2. **בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא ומבלי לחוב בשל ביטול כאמור בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.**
- 2.3. **לאחר תום תקופת ההסכם ובהסכמת הצדדים בכתב, יתחדש הסכם זה לתקופה נוספת של 5 שנים.**
- 2.4. **במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תוקף הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים לתנאי הפוליסה בתקופת ההסכם.**

2.5. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל יחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

3. אופן הצטרפות

3.1. עובדים קיימים יצורפו לביטוח אוטומטית לכל רבדי הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וללא צורך בחיתום. בגין הכיסויים החופפים לא תחול תקופת אכשרה וסייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.
עובדים קיימים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ושמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים ממועד תחילת הפוליסה.

3.2. עובדים חדשים יצורפו לביטוח אוטומטית לכל רבדי הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שעלו לקובץ המבוטחים שהועבר ע"י הארגון.

3.3. בני משפחה של עובדים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח זה אוטומטית, בהתאם לרובד הביטוחי בו היו מבוטחים בביטוח הקודם, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

בני משפחה של עובדים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם ושמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים ממועד תחילת הפוליסה, למעט בפרק המחלות הקשות, שם יותרו ההחרגות בתוקף לכל תקופת הביטוח.

3.4. בני משפחה של עובדים אשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם, או היו מבוטחים בביטוח הקודם רק ברובד הבסיסי, או בני משפחה של עובדים חדשים, או בני משפחה של עובדים אשר היו בחל"ת/חל"ד במועד תחילת ביטוח זה, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שמילאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 120 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 120 יום מהמועד בו החל העובד החדש לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 120 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ת/חל"ד היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה.

למרות האמור לעיל, בני משפחה של עובדים אשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם בביטוח המחלות הקשות פיצוי (פרק ד'), או בני משפחה של עובדים חדשים ו/או בני משפחה של עובדים אשר היו בחל"ת/חל"ד במועד תחילת ביטוח זה, יצורפו לפרק המחלות הקשות (פרק ד'), בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

- 3.5. עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח, יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה, לרבות ילדים בוגרים ובני משפחותיהם, בתוך 120 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- 3.6. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו המבוטח, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 120 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה מועד הולדת הילד או יום אימוצו. מובהר כי ילדים שצורפו לביטוח ובמהלך תקופת הביטוח הפכו לילדים בוגרים על פי תנאי הפוליסה, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר, החל מהתאריך בו הגיעו לגיל בוגר כמוגדר לעיל.
- 3.7. עובד אשר יבקש להצטרף לביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עסקים ממועד קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח.
- 3.8. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.9. צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.
- 3.10. יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הוספת מבוטח לקובץ המבוטחים, מאשר נגרמה בטעות ו/או בתום לב ו/או עקב השמטה מקרית ו/או בלתי מכוונת, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה ו/או הסוכן אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו או אי הוספתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב. מבוטח אשר יגרע את עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף לביטוח לאחר מועד גריעתו, יצטרף לאחר מילוי הצהרת בריאות אשר תקבע את תנאי קבלתו לביטוח.
- 3.11. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.12. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.13. על אף האמור לעיל, עובדים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם להסכם ביטוח זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף להסכם ביטוח זה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין

חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.

3.14. מבטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

3.15. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.16. צירוף מבטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות

אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי

ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש,

אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה

הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי)

ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת

למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר

נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח

דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם

המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית

לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, 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.

לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

3.17. חובת הגילוי

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

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

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

3.17.2. (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ולאזן למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח ככוונת מרמה.

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

- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
 (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 3.17.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
 א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
 ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. **תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים:**

4.1. **תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל במועדים כדלהלן:**

- (א) **מבוטח קיים** - ביום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
 (ב) **עובד חדש** - במידה והחל את עבודתו אצל בעל הפוליסה עד ה 15 לחודש - יצורף לביטוח החל מה 1 לחודש בו החל את עבודתו. במידה והחל את עבודתו אצל בעל הפוליסה מ 16 לחודש ואילך - יצורף לביטוח החל מה 1 לחודש העוקב לחודש בו החל את עבודתו.
 (ג) **בני משפחה** - בראשון (1) לחודש העוקב למועד בו הוגשה בקשת ההצטרפות.
 (ד) **עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות** - בראשון לחודש העוקב למועד בו נית אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2. **תוקף הביטוח ייפסק במועדים כדלהלן:**

- (א) ביום האחרון בחודש בו הפסיק מבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
 (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.
 (ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, ביום האחרון של החודש, בו בטל המבוטח את הביטוח.
 (ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד - 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25, ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד על הגעת הילד לגיל 25 ואודות עליית הפרמיה. במידה והעובד בחר שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר, יוכל הילד הבוגר לבחור להמשיך בביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד:

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 ו/או בחל"ת של העובד, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה ו/או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה ו/או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י העובד באמצעות כרטיס אשראי או באמצעי גביה אישי אחר.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 6.1 במקרה בו הפוסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, רילוקיישן או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 25% לתקופה של 3 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לענין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.
- 6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.
- 6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

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

דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

1. דמי הביטוח (ש) בגין רובד בסיס ורובד הרחבה לעובד:

מבוטח	פרקים א-ו+1 ז + ח	פרקים א-ה + ו+2 ז + ח
עובד	235	225

2. דמי הביטוח (ש) בגין רובד הבסיס לבני משפחה:

מבוטח	פרקים א'-ד'	פרק ה" (מחלות קשות)
בת זוג / ילד בוגר	41	50
ילד/נכד*	11	5

3. דמי הביטוח בגין רובד הרחבה לבני משפחה:

גיל המבוטח	פרק ו'1'+ז'+ח"	פרק ו'2'+ז'+ח'
עד 20	32.04	27.29
21 עד 30	68.15	60.68
31 עד 40	84.85	72.10
41 עד 50	115.60	94.51
51 עד 55	152.58	122.71
56 עד 60	205.31	163.13
61 עד 65	263.31	205.31
+ 66	316.91	245.73
ילד*	32.04	27.29

* ילד- עד גיל 20 (כולל ילד של עובד /או נכד). ילד בוגר – מגיל 21 ואילך.

ילד שלישי ואילך במשפחת העובד הגרעינית - חינם.

** גורם משלם ואופן התשלום:

עובד: במימון בעל הפוליסה (כולל גילום).

בני המשפחה: במימון העובד, דרך השכר.

7.1. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

7.2. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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, "העלאה של דמי ביטוח"-

- 7.2.1. **לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;**
- 7.2.2. **לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;**
- 7.2.3. **למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;**
- 7.2.4. **במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;**
- 7.2.5. **במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.**

7.3. התאמת דמי הביטוח

- 7.3.1. בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.
- 7.3.2. במידה וימצא הפוסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז הפוסד ולא יותר מ 25%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים או תופחת הפרמיה, בהסכמה שבין בעל הפוליסה למבטח וכפי שיוחלט בין הצדדים.
- 7.3.3. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

- 8.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.2. בכפוף לאמור לעיל, המבוטח 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.

- 8.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישורין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 8.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.5 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 8.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, 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 השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 8.7 הוראות לעניין כפל ביטוח וזכות שיבוב: המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה 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. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 8.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 7 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. גבית דמי הביטוח:

- 9.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 9.2. מבטח לא יצרף מבוטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.
- 9.3. האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 9.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 9.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").
- 9.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.
- 9.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח 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.

9.5. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10. פיגורים בתשלומים:

- 10.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד על ידי בעל הפוליסה, המבטח ייתן לבעל הפוליסה ארכה לתשלום דמי הביטוח למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום קבוע בהסכם ביטוח זה ("תקופת הארכה") ויודיע על כך מוקדם ככל הניתן ובכל מקרה תוך זמן סביר מהייוודע אי-התשלום לנציג בעל הפוליסה בכתב (כולל דוא"ל). במשך תקופת הארכה יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות הדין.
- 10.2. לאחר ביטול הביטוח כאמור לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מתום תקופת הארכה לחדש את הביטוח על ידי תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כמשמעותם בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961, מתום 30 ימים ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל. נפרעו כל הסכומים שבפיגור כאמור לעיל, יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 10.3. אחרי 120 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.
- 10.4. לא שילם מבוטח את דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו דמי הביטוח תוך 30 יום לאחר שהמבטח דרש מהמבוטח בכתב לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי ההסכם יתבטל כעבור 45 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן והכל בהתאם לחוק חוזה הביטוח.

11. ועדה ליישוב מחלוקת

- 11.1. בכל מקרה של חילוקי דעות בין בעל הפוליסה ו/או כל מבוטח לבין המבטח בנוגע לזכאותו של מבוטח לקבלת כסוי ביטוחי ו/או שירות רפואי על פי הפוליסה, יוכרעו חילוקי הדעות בוועדה ליישוב מחלוקות.
- 11.2. וועדה ליישוב מחלוקות תורכב שני נציגים של המבטח ושני נציגים של ארגון העובדים. החלטות הוועדה יתקבלו בהסכמה.
- 11.3. באם לא יגיעו להסכמות, תעביר הוועדה את המחלוקת להכרעתו של רופא-בורר.
- 11.4. הרופא-בורר יהיה רופא אשר הוסמך על ידי הרשויות המוסכמות בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנת הרופאים (אישור מומחה ובחינות) התשל"ג-1973.

- 11.5. בחירת רופא- בורר לגבי כל מקרה ספציפי, בהתייחס לתחום המומחיות הדרוש (לפי המקרה). ארגון העובדים יציגו 3 רופאים, לבחירתו של המבטח, ובכל מקרה תוך שיתוף פעולה לשביעות רצון הצדדים בבחירת הרופא הנ"ל.
- 11.6. הכרעת הרופא- בורר תהיה סופית ותחייב את הצדדים.
- 11.7. שכרו של הרופא-בורר ישולם על ידי המבטח.
- 11.8. יובהר כי אין בשימוש במינוח בורר בכדי הכפיפו לחוק הבוררות, תשכ"ח-1968, והוא אינו חל על הוראות סעיף זה.

12. תחלופ (סברוגציה):

- 12.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 12.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 12.3. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

13. ביטוח כפל:

- 13.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.
- 13.2. 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

14. תביעות:

- 14.1. אלא אם נקבע אחרת, המבטח ימסור למבטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש.

- 14.2. המבוטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם בירור חבותו של המבטח ושאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.
- 14.3. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.
- 14.4. יובהר שבמידה והמבוטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.
- 14.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

15. תקופת אכשרה:

מובהר כי תקופת האכשרה, ככל שהיא חלה בהתאם לתנאי פוליסה זו, לא תחול על מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם, ביחס לפרקי הפוליסה בהם היו מבוטחים.

16. התיישנות תביעות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט במקרה של קטין ובהתאם לכל דין.

17. יועץ ביטוחי רפואי:

- חברת הייעוץ פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ תשמש כיועץ מלווה (להלן: "היועץ"). במסגרת שירותיו, היועץ יעניק ייעוץ שוטף כמפורט להלן:
- 17.1. בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה,
- 17.2. סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
- 17.3. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 17.4. המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיו שלא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות הדין.
- 17.5. היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

18. מתן מסמכים והודעות למבוטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

- 18.1.
- (א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;
- (ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הווארך 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 ויצוין-
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.
- 18.2. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 18.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 18.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; 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.
- 18.4.1. 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.

18.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה 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 הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

18.4.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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.

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

19. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), 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.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו 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 בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח

20. תנאי הצמדה למדד:

- 20.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 20.1.1. "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.
- 20.1.2. "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 16.3.2023 מדד 13461.
- 20.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 20.2. כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 20.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

21. קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

22. תחולה טריטוריאלית

פוליסה זו תחול, על אף כל תנאי המגביל את תחולתה הטריטוריאלית, גם בתחומי האזורים, כמשמעותם בחוק יישום חוזה השלום בין מדינת ישראל לבין הממלכה הירדנית ההאשמית, התשנ"ה-1995.

23. חריגים כלליים:

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה (להוציא את פרקי הניתוחים בישראל), אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

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

23.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, מעשה חבלה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

23.3. פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי).

23.4. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

23.5. שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

23.6. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

23.7. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

23.8. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון (למעט הכיסויים הנקובים בפרק האמבולטורי).

23.9. בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה (למעט היכן שנקע אחרת בפוליסה זו).

23.10. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת

עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח

הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ים;

ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח

לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח

לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI

גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI

גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים,

תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך

שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיימה רחמית; ניתוח

לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון

מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת

ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

23.11. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הסיניקי.

23.12. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על

עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-

572004;

רובד הבסיס

פרק א' - השתלות בארץ ו/או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בארץ ו/או בחו"ל

1. הגדרות:

- 1.1. **המרכז הלאומי להשתלות** - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
- 1.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:
 - 1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.
 - 1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחמה בישראל.
 - 1.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל, בהתאם לניסיון המצטבר לפי גודל האוכלוסייה.
 - 1.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
 - 1.2.5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
 - 1.2.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
 - 1.2.7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
- 1.3. **השתלה** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב (תאי גזע), מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית, או הוצאת מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפורצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים יחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.

מובהר כי השימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא יחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

- 1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
- 1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
- 1.3.3. ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.

ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2. מקרה הביטוח:

- 2.1. **השתלה:** צורך בהשתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2. **טיפול מיוחד בחו"ל:** צורך בטיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע ע"פ המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח:

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

- 3.1. השתלה הנערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.

במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרת הסכומים שהיו משולמים לנותני שירות שבהסכם או עד 5 מיליון ₪ - הגבוה מבניהם. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח – 2008.
- 3.2. לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,000,000 ₪.
- 3.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:
 - 3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.
 - 3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
- 3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
- 3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
- 3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 365 ימים לאחר ביצועם.
- 3.3.8 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.3.10 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).
- 3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 310,000 ₪.
- 3.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת הסכום 210,000 ₪.
- 3.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 3.4.4 הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, וזאת עד 1000 ₪ למלווה יחיד או עד 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 230,000 ₪.
- 3.4.5 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או ייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.6 הוצאות לטיפולי המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת החזר בסך 150,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ועד תקרת החזר בסך 200,000 ₪ בגין ביצוע השתלה.

- 3.4.7. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.8. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.
- 3.4.9. תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד תקרת הסכום של 50,000 ₪.
- 3.4.10. תשלום פיצוי בסך 10,000 ₪ בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.
- 3.4.11. תשלום פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בסך 150,000 ₪.
- 3.4.12. מיסים היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח כמפורט בפרק זה.
- 3.5. תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:**
- 3.5.1. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי ו/או מח עצמות או תאי אב (תאי גזע) מתורם זר. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה, או אם אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.
- 3.6. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה**
- 3.6.1. מבוטח שעבר השתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמית ו/או מח עצמות או תאי אב (תאי גזע) מתורם זר), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.
- למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.5 או 3.6 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.5 או 3.6, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו- 3.4 לעיל, אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.7 ו- 3.8.**

- 3.7. גמלת החלמה למועמד להשתלה:
- 3.7.1. מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית או מתורם זר וקרנית) ו/או מועמד לטיפול מיוחד בחו"ל המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 7,500 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 12 חודשים.
- 3.7.2. מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית או מתורם זר וקרנית) ו/או מועמד לטיפול מיוחד בחו"ל השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,750 ₪ בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.
- 3.7.3. תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 3.8. **גמלת החלמה לאחר השתלה:**
- 3.8.1. עבר המבוטח השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי פרק זה, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בסך 7,500 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית ומח עצם עצמית או מתורם זר, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ₪ למשך 3 חודשים.
- 3.8.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשלום היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.
- 3.9. **החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל:**
- נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי כדלקמן:
- 3.9.1. עלות איתור המקום/המוסד הרפואי בו מבוצע הניסוי ועלויות נלוות, עלות התרופות והבדיקות הרפואיות הנדרשות לביצוע הניסוי וכן עלויות האשפוז ככל שהדבר נדרש, ואשר לא מכוסות על ידי הגורם המממן ועד סכום של 100,000 ₪.
- 3.9.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.9.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה למקום ביצוע הניסוי/בית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה

מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪. תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע הטיפול הניסיוני ועד 100,000 ₪.
3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 2,000 ₪ ליום למלווה ועד 3,000 ₪ ליום לשני מלווים.

3.10. שיפוי בגין חוות דעת רפואית מורחבת:

המבוטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת הקשורה לכל בעיה רפואית לרבות ולא רק השתלה ישירות לנוותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מ 6,500 ₪, לפי הנמוך מבניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.11. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:

נפטר המבוטח כתוצאה או במהלך השתלה או טיפול מיוחד תוך עד 7 ימים מיום הניתוח (כולל), תשלם המבטחת למוטבים (ובהיעדר קביעת מוטבים ליורשים ע"פ דין) פיצוי בסך 150,000 ₪ ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה ו/או תאונה וכן להקלה על סימפטומים רפואיים ו/או מניעת כאב וכן תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלתו של המבוטח.
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או יבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4. **תרופה יתומה** - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 1.5. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.6. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.7. **בית מרקחת** - מוסד מורשה בישראל על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.8. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.9. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.10. **רופא בית חולים**- רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').

1.11. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

1.12. **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**: תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.13. **תרופה ו/או טיפול ניסיוני**: תרופה ו/או טיפול שהשימוש בו אינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח והמחייב/ת אישור של וועדת הליסינג.

1.14. **פרסום רשמי** - 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. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
 - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
 - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

2.1. נטילת תרופה עקב מצבו הרפואי של המבוטח, עקב מחלה בה חלה המבוטח או תאונה, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

2.2. מובהר כי אישור מכוח תקנה 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (בין היתר, אישור למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל לחולה ספציפי), יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד לסכום ביטוח

מרבי של 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובמידה ויוכח שהטיפול התרופתי משיג את התוצאות המצופות, יוגדל סכום זה ל 2,000,000 ₪. כל הסכומים בסעיף זה הינם למשך כל תקופת הביטוח.

2.3. מובהר כי תרופה שאושרה כתרופת יתום ו/או תרופה שאושרה לטיפול במחלה יתומה באחת המדינות המוכרות ו/או תרופת Off Label תחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 3,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ למרשם. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1. במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 300 ₪.

3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש.

3.2. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלוא עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 60,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מסכום הבדיקות. יודגש, שכלל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.

3.3. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.

3.4. מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר,

- המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.
- 3.5. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.6. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.7. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.
- 3.8. דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לזכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד ייעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח.

4. חריגים:

- 4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
- 4.2. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 4.3. טיפול מונע מתחום הרפואה המשלימה (למעט כאשר תוסף המזון ניתן כחלק מתוכנית הטיפול התרופתית) או תרופה לגמילה מעישון.
- 4.4. תרופה למטרות אסתטיקה למעט תרופה שהשימוש בה נובע מצורך רפואי.
- 4.5. תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.6. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
- 4.7. טיפול בבוטוקס Botulinum Toxin. בהזרקה תת עורית תוך עורית או תוך שרירית אינו נכלל במסגרת ההחרגות לפרק זה ומכוסה על פי ההתוויות הרשומות ובכפוף לתנאי פרק זה.
- 4.8. תרופות הניתנות כטיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני הנרכש, איידס, או נשאות של HIV, למבוטח שאינו נשא או חולה במחלה כאמור.
- 4.9. תרופה בתחום טיפולי Anti-Aging, למעט תרופה שהשימוש בה נובע מצורך רפואי
- 4.10. תרופה הניתנת בטיפול תרופתי מניעתי למחלות נפש ו/או הפרעות נפש ו/או לאי שפיות, למבוטח שאינו חולה במחלות כאמור.

- 4.11. תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתית למחלת הצהבת למבוטח שאינו נשא או חולה במחלה כאמור.
- 4.12. טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון
5. ההגדרות וההוראות בפרק זה נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי

מקרה הביטוח: ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח או מחליף הניתוח נקבע בישראל, על ידי רופא מומחה טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל.

1.1. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח, לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותואם הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם המבטח, תגמולי הביטוח יוגבלו ל 350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.

1.2. **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

1.3. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

1.3.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 85,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.3.2. **כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, ו/או במקרה של ניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לכיסוי הוצאות הטיסה לא יעלה על 35,000 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 50,000 ₪ למבוטח ושני מלווים.

בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים ועד 30 ימים. ובמקרים אחרים שאינם כרוכים באשפוז כיסוי הוצאות טיסה יהיו עד 10,000 ₪ כולל תשלום בגין מלווה.

1.3.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מביצוע הניתוח.

1.3.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח של 100,000 ₪.

1.3.5. **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח :** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 30 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 800 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,200 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ- 30 ימים.

1.3.6. **כיסוי להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח:**

1.3.6.1. נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור ההתייעצות ו/או הביקורת בחו"ל עד לסך של 10,000 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח זכאי לשתי (2) התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.

1.3.6.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה בטיסה סדירה ועד לתקרת בסך 10,000 ₪ ובגין הוצאות השהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים ועד לסך של 10,000 ₪.

1.3.7. **פיצוי במקרה של מוות כתוצאה ישירה מהניתוח:** נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח במהלך הניתוח או תוך 7 ימים לאחריו, או בתקופה של עד 30 ימים לאחר הניתוח בהם שהה המבוטח באשפוז רציף, ישלם המבטח למוטבים (ובהיעדר מוטבים ליורשי המבוטח על פי דין), פיצוי בסך 200,000 ₪. כיסוי זה הינו בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל בפרק זה.

1.3.8. **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:** המבטח ישפה א המבוטח בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב הניתוח עד לסך של 180 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

- 1.3.9. **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800 ₪ ליום ועד 5 ימים.
- 1.3.10. **שכר אחות פרטית לאחר ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אחות פרטית בבית החולים, עד לסך של 800 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז.
- 1.3.11. **הוצאות העברה יבשתית:** יכוסו הוצאות העברה יבשתית אל מקום ביצוע הטיפול הרפואי ובחזרה, באמצעי העברה התואם את מצבו הרפואי של המבוטח לרבות הטסה רפואית פנימית בתוך גבולות המדינה בה מבוצע הניתוח בחו"ל
- 1.3.12. **המשך מעקב רפואי בחו"ל:** יכוסו ההוצאות הרפואיות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות והתייעצויות רפואיות בחו"ל, שנדרשו על ידי המנתח שביצע בפועל את הניתוח, ובוצעו לאחר ביצוע הניתוח וכהמשך ישיר ממנו, ובתנאי כי בוצעו בתוך 90 יום מיום ביצוע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה לא יעלה על 90,000 ₪. למען הסר ספק, מובהר כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- 1.3.13. **פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח:** 250,000 ₪.
- 1.3.14. **אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח:** פיצוי בסך 3,500 ₪ עד 24 חודשים, במקרה של אכ"ע מלא או חלקי בעקבות ניתוח. במקרה של תשלום אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח כמפורט לעיל, המבוטח ישוחרר מתשלום הפרמיה כל עוד הוא מקבל את הפיצוי ועד תקופה מקסימלית של 24 חודשים.
- 1.3.15. **הוצאות בגין עקירת שיניים כירורגית וניתוחי חניכיים:** עקירת שיניים כירורגית- עד 3 עקירות בכל תקופת הביטוח ועד 500 ₪ לעקירה. ניתוחי חניכיים, כולל: בדיקה פריו דנטלית- עד 250 ₪, הקצאת שורשים- עד 150 ₪, כריתת חניכיים- עד 1,200 ₪ וניתוח מטלית- עד 1,500 ₪.

2. חריגים:

- המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:
- 2.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים שנדרש אישור של וועדת הלסינקי לביצועו.
 - 2.2. טיפולי כימותרפיה או רדיותרפיה.
 - 2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.
 - 2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.
 - 2.5. ניתוח חירום.
 - 2.6. מטרתם קוסמטית או אסתטית.

פרק ד' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **"בדיקות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T), Capsule Wireless Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.
- 1.2. **"ניתוח גדול"** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **"בדיקות ושירותים להריון"**
 - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות, צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 - 1.3.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
 - 1.3.10. התייעצויות עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההריון.
- 1.4. **"בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון"** - כגון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.
- 1.6. **"פיזיותרפיה/הידרותפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי הצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

2.1.1. ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר נתנו או יינתנו למבוטח כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנוותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

בקורות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

3.1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ארבע (4) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1,000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. היה וידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות, יקוזז הסכום עליו "ויותר" המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

3.2. **חוות דעת שניה לבדיקת חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנוותן השירות או ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת לבדיקת חלופות טיפוליות, בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, חלופות טיפוליות בארץ או בחו"ל, או קביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מ-3,630 ₪ בשנה. במקרים בהם חוות הדעת ניתנת לחולים אונקולוגיים בשלב מחלה מתקדם במקרה (Stage 4) יעמוד סכום השיפוי על 7,500 ₪ בשנה. המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת בחו"ל על ידי רופא מומחה בתחום, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות טיסה והשהייה ועד 4,500 ₪.

3.3. **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1, ועד סך של 8,000 ₪ בגין בדיקות הדמיה לשנת ביטוח, ועד סך של 5,000 ₪ בגין כל שאר הבדיקות (שאינן הדמיה) לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית.

3.4. **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את טיפולי הפיזיותרפיה ו/או ההידרותפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים עד 200 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%

בדיקות ושירותים אונקולוגיים:

3.5. טיפולים ובדיקות אונקולוגיות: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימפולטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים בידוד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת ג'ל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בבדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 50,000 ₪ לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

שירותי רפואה קרדיולוגיים:

3.6. מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי: המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,600 ₪.

3.7. שיקום לאחר השתלת לב או ניתוח לב או אירוע לבבי: המבטח ישתתף בהוצאות שיקום לרבות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח או האירוע הלבבי, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל ועד 300 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.

שירותי רפואה כלליים:

3.8. החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן: המבטח ישתתף בהוצאות שהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגיים. המבטח ישתתף במימון עלויות החלמה עד 80% מהוצאה בפועל ובלבד: במקרה של ניתוח גדול רק אם שהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום 500 ₪ ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא החלמה במוסד החלמה אונקולוגית ועד לסכום של 500 ₪ לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול.

3.9. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב- amblyopia** המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח.

3.10. **טיפול בכאב:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים הנדרשים להקלת כאב לרבות ולא רק כאבי גב ובלט דיסק, לרבות הזרקות או הזלפות של חומרים נוגדי כאב וסטרואידים לגוף ישירות או תחת אמצעי הדמיה ו/או שימוש באביזרים טכנולוגיים מכל סוג שהוא לרבות גלי הלם, לייזר, תא לחץ ו/או השתלת קוצב נגד כאב, משאבה להזלפת נוגדי כאב או כל טיפול אחר הנדרש להקלה על הכאב ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא מומחה בתחום הניירולוגיה או הכאב ומבוצע על ידי רופא מומחה. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור הטיפול עד תקרה של 1,500 ₪ לטיפול ו 10,500 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר כגון קוצב נגד כאב או משאבה, ישולם החזר בסך של 75% מעלות האביזר ולא יותר מ 30,000 ₪. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה. בסעיף זה לא ישולם שיפוי בגין קנאביס רפואי.

רפואה מונעת:

3.11. **ביקור רופא:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה כספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא בבית המבוטח. הביקור יכלול בין היתר, בדיקה גופנית, לרבות שימוש במכשירי עזר, קביעת אבחנה רפואית, מתן תרופה ראשונית, הפנייה להמשך טיפול אצל רופא המשפחה/רופא מומחה ו/או הפנייה למיון. סכום החזר עד 200 ₪ לביקור ועד 2 ביקורים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.

הריון ולידה:

3.12. **בדיקות, שירותים וטיפולים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת, תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 6,000 ₪ להריון ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי, כולל המוגדר בסעיף 1.4 שנעשו ע"י המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 3,000 ₪ להריון. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 175% מהתקרות הנקובות לעיל.

3.13. טיפולי פריין לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, עבור בדיקות ו/או טיפולי פריין, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביצית ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג להורות להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה, וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל סדרת טיפולים ועד שתי סדרות טיפול לכל תקופת הביטוח. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

סיוע נפשי:

3.14. ייעוצים וטיפולים פסיכולוגיים: המבטח ישפה את המבוטח בסך 170 ₪ לטיפול פסיכולוגי ולא יותר מעלות הטיפול בפועל, ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח. הטיפולים יינתנו על ידי פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממוסד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים ו/או עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים ו/או פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון מומחה. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה כתוצאה מהמקרים המפורטים להלן בלבד: הפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרבה ראשונה עבר, מחלה ממארת שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה עבר, גירושין של המבוטח מבו/ת זוג, פיטורים של מבוטח ממקום עבודתו.

עזרה ראשונה לכאבי שיניים:

3.15. טיפול לעזרה ראשונה ושיכוך כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים, ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש, כדלקמן:

3.15.1. עצב מודלק

3.15.2. ניקוז מורסה משן נגועה

3.15.3. מתן מרשם מתאים לשיכוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית

3.15.4. פפליטוס עקב דחיסת מזון

3.15.5. דלקת חניכיים חריפה עם כאבים

3.15.6. פריקורוניטיס

3.15.7. הורדת נקודת לחץ של תותבת

תגמולי הביטוח: עד 200 ₪ לטיפול אשר ניתן עד השעה 21:00, או עד 400 ₪ לטיפול אשר ניתן בשבתות ובחגים, ועד 5 טיפולי חירום למבוטח בשנת ביטוח.

4. תקופת אכשרה: 30 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.

פרק ה' - פיצוי למקרה גילוי מחלה קשה

1. הגדרות

- 1.1. "תקופת אכשרה למקרה ביטוח ראשון" – תקופת אכשרה למשך 60 ימים (למעט מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה – בו לא תהיה תק' אכשרה).
- 1.2. סך יחידות הפיצוי: 1.
- 1.3. סכום יחידת הפיצוי: 50,000 ₪.

2. מקרה הביטוח:

גילוי אחת המחלות הקשות או אירוע רפואי כמפורט בפרק שלהלן, בהתאם לקביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, אשר אירע בתקופת הביטוח.

3. התחייבויות המבוטח:

- 3.1. מקרה ביטוח ראשון - בקרות מקרה ביטוח ראשון בתקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה למקרה ביטוח ראשון, יהיה המבוטח זכאי לקבל את סכום הביטוח בהתאם למספר יחידות הפיצוי אשר רכש ובכפוף לאבחנה של רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 3.2. גילוי המחלה לאחר מות המבוטח. ארע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, ישלם המבוטח את תגמולי הביטוח למוטב של המבוטח והמבוטח יהא פטור מכל חבות נוספת על פי ביטוח זה כלפי כל מוטב אחר ו/או עיזבון המבוטח ו/או כל צד שלישי שהוא.
- 3.3. תום תקופת הביטוח:
 - ביטוח (פרק) זה יסתיים עבור כל מבוטח במלאות לו 70 שנה.
 - ביטוח (פרק) זה יסתיים עם תשלום מלאו תגמולי הביטוח בגין פרק זה.

4. פירוט המחלות הקשות:

- 4.1. המקרים הבאים ייחשבו כמקרי ביטוח, ובלבד שהתגלו או אירעו בתקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית:
 - 4.1.1. 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.
 - 4.2. טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis) – דמיאליניזיה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניירולוגי. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזיה (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 ניירולוג מומחה.

4.3 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.

4.4 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. אנצפלופתיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפרטלי, או היפרספליזם.

4.5 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; צהבת, מעמיקה;

4.6 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.

4.7 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension) –

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

4.8 צפדת (טטנוס) (Tetanus) –

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

- 4.9. **אוטם חריף בשריר הלב (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION) –**
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.
- 4.10. **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.
- 4.11. **ניתוח אבי העורקים (Aorta) –**
ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי הליכים המבוססים על צינתור, כגון תיקון אנדווסקולרי של מפרצת אבי העורקים, יכוסו בהגדרה זו.
- 4.12. **ניתוח מעקפי לב (CABG) –**
ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.
- 4.13. **שבץ מוחי (CVA) –**
כל אירוע מוחי (צבררווסקולרי), 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. כל זאת להוציא TIA.
- 4.14. **קרדיومیופטיה (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.
- 4.15. **רטן (Cancer) –**
נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין וכן סרטן שד מסוג DCIS ובתנאי שהמחלה מצריכה טיפול כימותרפי ו/או הקרנות.
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 כטרום ממאירים. למען הסר ספק, גרורות לסרטן מקומי יכוסו.
 2. מחלות עור מסוג:
 - א. Basal Cell Carcinoma - Hyperkeratosis;
 - ב. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

- 4.16. **אנמיה אפלטטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) –**
 כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
- 4.17. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) –**
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- 4.18. **חירשות (Deafness) –**
 אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 4.19. **עיוורון (Blindness) –**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 4.20. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis) –**
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 4.21. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) –**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 4.22. **כוויות קשות (Severe Burns) –**
 כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 4.23. **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.
- 4.24. **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.

- 4.25. **השתלת איברים (Organ Transplantation) –** לר, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
- 4.26. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) –** מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 4.27. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) –** עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 4.28. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident) –** פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- 4.29. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) –** דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך.
- 4.30. **דלקת מוח (Encephalitis) –** דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 4.31. **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.
- 4.32. **תשישות נפש (Dementia) –** פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה 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 2 חודשים.

- 4.33. **מצב רפואי חמור ובלתי הפיך –**
מצב רפואי אשר על פי חוות דעת רפואית שניתנה בעוד המבוטח בחיים, על ידי רופא מומחה ו/או הוכחה סבירה אחרת ושהינה להנחת דעתו הסבירה של רופא החברה, המבוטח הנו במצב רפואי מתקדם ובלתי הפיך, אשר כתוצאה ישירה ממנו אין סיכוי סביר שהמבוטח יחיה יותר מ-12 חודשים.
- 4.34. **סכרת נעורים (diabetes mellitus) –**
סכרת המחייבת קבלת טיפול קבוע באינסולין אשר בגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול הסכרת או ע"י אנדוקרינולוג. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאנדוקרינולוגיה ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.
- 4.35. **נכות צמיתה –** נכות צמיתה עקב תאונה או מחלה שאינה מצוינת לעיל שאירעה או התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, בשיעור של לפחות 50% לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15). למרות האמור לעיל נכות זמנית לתקופה העולה על שנתיים, תיחשב כנכות צמיתה. מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, תחייב קביעה זו לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).
- 4.36. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)**
נוכחות של נגיף ה HIV בגופו של מבוטח, שנגמרה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

רובד הרחבה

פרק ו'1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

1. הגדרות לפרק זה:

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1. "התייעצות" – התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2. "טיפול מחליף ניתוח" – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
 - 1.3. "ניתוח" – פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.4. "שתל" – כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
 - 1.5. "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
 - 1.6. "בית חולים פרטי" – אחד מאלה:
 - 1.7. (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
 - 1.8. "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.9. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
 - 1.10. "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

- 2. מקרה הביטוח:**
ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 3. הכיסוי הביטוחי:**
בקורות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלאו העלות של מקרים אלה בלבד:
3.1. שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח. נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ש"ח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
3.2. שכר מנתח - כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם.
3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
3.4. טיפול מחליף ניתוח; וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.clal.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- 4. חריגים מיוחדים לפרק זה:**
סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
4.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
4.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
4.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

- 4.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.6. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
5. תקופת אכשרה: 90 ימים, אולם בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ו'2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי
המפורט בפרק ד')

1. הגדרות:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

- 1.1. "בית חולים פרטי" – אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי הגדרתו בסעיף 19 בחוק השינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2. "שתל" – כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.3. "ניתוח" - פעולה פולשנית – חדירתית החדרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4. "טיפול מחליף ניתוח" – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.5. "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.6. "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.7. "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם 58, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.8. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.9. "תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")" - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.

- 1.10. "תכנית השב"ן" - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
- 1.11. "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.12. "תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן" - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

2. מקרה הביטוח:

ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח ו/או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם -עד 1,500 ₪. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
 - 3.2. **שכר מנתח;** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם.
 - 3.3. **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
 - 3.4. **טיפול מחליף ניתוח;** וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה, בכתובת: www.clal.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. תגמולי הביטוח:

- המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:
- 4.1. מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.
 - 4.2. הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על הפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל וההוצאות שהמבוטח קיבל בגינם החזרים מהשב"ן.

- 4.3. במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.
- 4.4. במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ד', סעיף 3. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.

5. ברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי המורחב לניתוחים הנהוג בחברה במועד תחילת ביטוח זה. עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

- סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 6.4.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.4.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.5. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

- 6.6. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
7. תקופת אכשרה: 90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ז' - כתב שירות רפואה משלימה

1. מבוא

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, או לשיפוי בגין הוצאות שהוצאו בגינם בפועל, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.
יובהר כי השירותים הניתנים על פי כתב שירות זה ניתנים על ידי ספק השירות, שאינו החברה, והם ניתנים בתנאים ובמגבלות המפורטים בכתב שירות זה להלן.
 כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בכתב שירות זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
- 2.1 **גיל המנוי** – ההפרש בין תאריך לידת המנוי לבין המועד הרלוונטי שבו נבדק גיל המנוי. גיל המנוי יימנה בשנים שלמות, כאשר חלק משנה הקטן ממחצית השנה יעוגל כלפי מטה וחלק משנה השווה למחצית השנה או גדול ממחצית השנה יעוגל כלפי מעלה. לדוגמה: מנוי שנולד ביום 15.5.2000 והמועד הקובע שלו הוא 1.1.2010 ייחשב במועד הקובע לבן 10, אף על פי שטרם חגג את יום הולדתו העשירי.
 - 2.2 **החברה** – כלל חברה לביטוח בע"מ.
 - 2.3 **המועד הקובע** – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף הרשימה.
 - 2.4 **הפוליסה** – הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה, ובכלל זה תכנית בסיס ותכנית נלווית.
 - 2.5 **השירות או השירותים** – השירותים המפורטים בסעיף 3 שלהלן, הניתנים בהתאם למפורט בסעיף 5 שלהלן ועל פי הוראותיו, חריגיו וסייגיו של כתב השירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
 - 2.6 **השתתפות עצמית** – סכומים שהמנוי מחויב לשאת בהם בעצמו, כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות העצמית לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
 - 2.7 **מנוי** – אדם אשר שמו נקוב בדף הרשימה כמי שנוכח בעבורו כתב שירות זה.
 - 2.8 **מוקד השירות או המוקד – קו טלפון שמספרו הנו 03-6388400** שיפעיל הספק בעבור המנויים, שבאמצעותו יופנו המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה ו/או אליו יפנו המנויים לצורך קבלת שיפוי בגינם. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.
 - 2.9 **נותן שירות** – נותן שירות שבהסכם ו/או נותן שירות אחר, הכול לפי הקשר הדברים.
 - 2.10 **נותן שירות שבהסכם** – מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.

- 2.11. **נותן שירות אחר** – מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, ואשר אינו נותן שירות שבהסכם.
- 2.12. **ספק השירות או הספק** – **פמי פרימיום בע"מ** או כל גורם אחר, כפי שתקבע החברה לצורך כתב שירות זה.
- 2.13. **רופא** – מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
- 2.14. **שנה** – כל תקופה של 12 חודשים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.15. **תקופת אכשרה – תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת 90 יום. המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה. למען הסר ספק, מובהר כי המנוי יחויב בתשלום דמי מנוי בגין תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה צורף המנוי לכתב שירות זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.**
- 2.16. **תקופת השירות** – תחילתה במועד הקובע וסיומה במועד סיום כתב השירות בעבור המנוי מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיף 9 שלהלן.

3. השירותים

- 3.1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הנם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
- 3.1.1. אקופונקטורה.
 - 3.1.2. רפלקסולוגיה.
 - 3.1.3. שיאצו.
 - 3.1.4. אוסטיאופתיה.
 - 3.1.5. כירופרקטיקה.
 - 3.1.6. הומיאופתיה.
 - 3.1.7. פלדנקרייז.
 - 3.1.8. ביופידיבק.
 - 3.1.9. טיפול נטורופתי.
 - 3.1.10. ייעוץ דיאטטי.
 - 3.1.11. שיטת פאולה.
 - 3.1.12. שיטת אלכסנדר.
 - 3.1.13. פרחי באך.
 - 3.1.14. שיטת טווינה.
 - 3.1.15. עיסוי רפואי.
 - 3.1.16. עיסוי רקמות עמוק.
 - 3.1.17. עיסוי תאילנדי.

- 3.1.18. לומי לומי.
- 3.1.19. סוג'וק.
- 3.1.20. חדרי מלח.
- 3.1.21. פיזיותרפיה.
- 3.1.22. אירוודה.

3.2. השירותים יינתנו במרפאת נותן השירות.

3.3. על אף האמור לעיל, אם נותן השירות הוא נותן שירות שבהסכם, המסכים לתת את השירות בבית המנוי והדבר תואם עמו מראש – הרי שהשירותים המופיעים ברשימה הסגורה שלהלן יכולים להינתן בבית המנוי או במרפאת נותן השירות, לפי בחירת המנוי: **רפלקסולוגיה, שיאצו, טווינה, עיסוי רפואי, עיסוי רקמות עמוק, עיסוי תאילנדי, לומי לומי.**

4. **תנאי כתב שירות זה**

על המנוי לפנות למוקד השירות בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה בטרם קבלת השירותים עצמם, וזאת בכל הקשור לקבלת שירותים על ידי נותן שירות שבהסכם, ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בהמשך כתב השירות.

5. **פירוט השירותים**

5.1. שירות מכוח כתב שירות זה יינתן בשל מקרה ביטוח המצוין בפוליסה למנוי שניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת שירות בשל מצבו הרפואי, וזאת לאחר תום תקופת האכשרה. המנוי יהיה זכאי לקבל את השירות לאחר תום תקופת האכשרה וכל עוד כתב שירות זה בתוקף. המנוי יוכל לקבל את השירות באמצעות נותן שירות שבהסכם, או לחלופין לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא בפועל בעבור השירות, בכפוף להוראות כתב השירות ועל פי המפורט להלן:

5.1.1. המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות ובעקבותיה לסדרת טיפולים שנותן השירות המליץ עליה, אם המליץ, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, בהתאם למגבלות המפורטות להלן ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של הפונה בגדר מנוי הזכאי לקבל את השירות המבוקש על פי כתב השירות.

5.1.2. סדרת הטיפולים שהמנוי יהיה זכאי לה, כאמור בסעיף 5.1 דלעיל, תכלול עד 20 (עשרים) טיפולים בשנה אחת (ולמען הסר ספק, מובהר כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 20 הטיפולים), בין שיקבל טיפולים מנותני שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל ובין שיקבל טיפול משולב מכמה נותני שירות בכמה תחומים.

5.1.3. מובהר כי השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.

5.2. המנוי יהיה זכאי לבחור את קבלת השירותים באחת מדרכים אלה:

5.2.1. מסלול א' – קבלת השירות מנותן שירות שבהסכם

5.2.1.1. המנוי יהיה זכאי לבחור את נותן השירות שממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות שבהסכם, כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.

5.2.1.2. מוקד השירות יתאם את פגישת הייעוץ הראשונה בתוך 2 ימי עסקים מקבלת פניית המנוי למוקד.

5.2.1.3. המנוי עצמו יתאם את מועדי סדרת הטיפולים עם נותן השירות שבהסכם שאצלו נערך הייעוץ הראשון.

5.2.1.4. רשימת נותני השירותים שבהסכם, לרבות רשימת נותני השירות שבהסכם המעניקים את השירותים בבית המנוי כמפורט בסעיף 3.3 דלעיל, תשתנה מעת לעת.

5.2.1.5. המנוי ישלם בעבור שירותיו של נותן השירות שבהסכם דמי השתתפות עצמית כמפורט להלן:

5.2.1.5.1. סך של 47 ₪ בעבור כל טיפול ו/או התייעצות שיבוצעו במרפאת נותן השירות שבהסכם.

5.2.1.5.2. סך של 72 ₪ בעבור כל טיפול ו/או התייעצות שנותן שירות שבהסכם יבצע בבית המנוי, כאמור בסעיף 3.3 דלעיל.

5.2.1.6. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות העצמית לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שינחה אותו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.

5.2.1.7. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם לשעות העבודה של נותן השירות שבהסכם.

5.2.1.8. מחויבות הספק לטיפול בפנייה של מנוי לקבלת שירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים האלה:

5.2.1.8.1. הפניית המנוי לנותן השירות.

5.2.1.8.2. ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.

מובהר כי במקרה בו פעילות הספק או חלק משמעותי ממנה ייפגעו עקב סיבה שאינה בשליטת הספק, כגון: שריפה, התפוצצות, מלחמה, הספק והחברה לא יהיו אחראים לאי עמידה בלוחות הזמנים המפורטים בסעיף 2.1 זה לעיל.

5.2.2. מסלול ב' – קבלת השירות מנותן שירות אחר

5.2.2.1. בחר המנוי לפנות לנותן שירות אחר, ישפה הספק את המנוי בסך של 50% מעלות הטיפול ששילם המנוי בפועל אך לא יותר מ-140 ₪ לכל טיפול.

5.2.2.2. תשלום סכום ההחזר על פי סעיף קטן 5.2.2.1 יתבצע כנגד מסירת חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור כמפורט בסעיף 7.10.1 שלהלן, על תשלום בעבור הטיפול לנותן השירות האחר.

- 5.2.2.3. במסלול זה, האחריות לתיאום הטיפולים וכן לבחירת נותן השירות המתאים היא על המנוי בלבד.
- 5.2.3. בכפוף להודעת המנוי לספק מראש ובכתב, יהיה המנוי רשאי לשנות בכל עת את בחירתו בין חלופות קבלת השירות הנ"ל, לרבות במהלך סדרת הטיפולים, ואחריות הספק בגין כל טיפול תהיה בהתאם למסלול שבחר המנוי לאותו טיפול.
- 5.2.4. למען הסר ספק, יובהר כי בכל מקרה לא יהיה המנוי זכאי לטיפולים מעבר לתקרת הטיפולים לשנה, כמצוין בסעיף 5.1.2 דלעיל, בין שבחר לקבל את השירותים אצל נותן שירות שבהסכם, בין שבחר לקבל שיפוי בגין השירותים על פי סעיף 5.2.2 דלעיל, ובין ששינה את בחירתו בין שתי החלופות לאופן קבלת השירות במהלך השנה, על פי סעיף 5.2.3 דלעיל.

6. חריגים

- המנוי לא יהא זכאי לקבל את השירותים אם מצבו הרפואי בגינו קיבל הפניה לקבלת השירותים, כמפורט בסעיף 5.1 לעיל הנו תוצאה ישירה ו/או עקיפה של:**
- 6.1. בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול).
- 6.2. הרזיית-יתר, השמנת-יתר או שינויים במשקל, למעט אם רופא קבע בכתב כי קבלת הטיפול בגין נושאים אלו נובעת מצורך רפואי.

7. אופן קבלת השירותים

- 7.1. מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויציין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינה נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 7.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
- 7.3. לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין. המנוי יעביר לספק, באופן שיורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.
- 7.4. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 7.5. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 7.6. בסיום כל טיפול אצל נותן שירות שבהסכם, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.
- 7.7. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד.
- 7.8. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם לשעות העבודה של נותן השירות שבהסכם ו/או נותן שירות אחר.

- 7.9. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על ישי נותן שירות שבהסכם על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות או לנותן השירות בפועל, לפי בחירתו, באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד הטיפול. **מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית ולעניין הזכאות למספר מסוים של שירותים.**
- 7.10. במקרים שבהם בחר המנוי לקבל החזר בגין הוצאות בפועל כמפורט בסעיף 5.2.2. דלעיל, יחולו גם ההוראות שלהלן:
- 7.10.1. כל תשלום אשר המנוי זכאי לו מהספק לפי כתב שירות זה ישולם למנוי, לאחר אישור התביעה, בתוך 30 יום ממועד מסירת כל המסמכים הנדרשים. מובהר כי תנאי לתשלום החזר הוא הגשת חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור, עם אישור של הגוף שלו נמסרה החשבונית המקורית ופירוט סכום הכסף שהמנוי קיבל מאותו גוף בגין אותה חשבונית.
- 7.10.2. הספק ישפה את המנוי אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים בעבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למנוי בפועל ו/או בגין התחייבות לטיפולים עתידיים.
- 7.11. **הספק מתחייב כי השירות הניתן על ידו יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות, כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים וכי השירות יינתן בפריסה גיאוגרפית נאותה.**

8. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

9. תוקפו של כתב שירות זה

- 9.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 9.2. **תוקפו של כתב שירות זה יפוג במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק, אם החברה לא הגיעה להסדר עם ספק חלופי ובכפוף לאישור המפקח.**
- 9.3. על אף האמור בסעיף 9.2 דלעיל, במקרה שבו בוטל כתב השירות בהתאם לסעיף 9.2 דלעיל, מנוי הנמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות לקבלת שירות בטרם מועד ההודעה על הפסקת השירות, אך טרם קיבל את מלוא השירות בפועל, יהיה זכאי לקבל או להשלים את קבלת השירות בתוך 60 יום ממועד ההודעה על הפסקת השירות.

9.4. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

10. שונות

הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים

1. הגדרות מיחדות

- 1.1. "בדיקות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless Endoscopy (P.E.T.), תהודה מגנטית פונקציונלית (FMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.
- 1.2. **ניתוח גדול** - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.3. **בדיקות ושירותים להריון** -
 - 1.3.1. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.2. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.4. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסטי שליה לרבות, צ'יפ גנטי.
 - 1.3.6. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 - 1.3.7. בדיקת אקו לב של העובר.
 - 1.3.8. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 - 1.3.9. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
 - 1.3.10. התייעצויות עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההריון.
- 1.4. "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון" - כגון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5. "**מוסד החלמה**": מוסד אשר ערך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.
- 1.6. "**פיזיותרפיה/הידרותפיה**" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר נתנו או יינתנו למבוטח כשירות ו/או בדיקה ו/או טיפול בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, בין אם כשירות בזכות עצמו ובין כשירות נלווה לאחד מפרקי הפוליסה ובין אם באשפוז יום. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח:

בקורות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

3.1. **התייעצות עם רופא מומחה במהלך אשפוז או בבית המבוטח:** המבטח ישפה מבוטח הנמצא באשפוז בבית חולים בגין התייעצויות או אבחון שיעשה על ידי רופא מומחה שאינו נמנה על צוות הרופאים של בית החולים. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצויות עד תקרה של 2,500 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הכוללת של התייעצות.

3.2. **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגית, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נידרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.3. **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.4. **טיפול שיקום וסיעוד:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי שיקום וסיעוד על פי הוראת רופא כגון: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, הסרת תפרים, הכנסת קטטר וזונדה, חידוש חבישות, ריפוי בעיסוק, עד 250 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שירותי רפואה גנטיים:

3.5. **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה, כולל בדיקות גנטיות בקרוב המשפחה לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מהסכום של 15,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של

20% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. **לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.**

טיפול בפצעים פתוחים זיהומיים:

3.6. המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול באמצעות אוזון, תא לחץ, מאקרופגים או כל שיטה אחרת הנדרשת לטיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת ולא יותר מהסכום של 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שירותי רפואה כלליים:

3.7. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

3.8. **אחות פרטית:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו לאחר אשפוז (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ 500 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה וכן ישפה את המבוטח בגין שדרוג חדר האשפוז לחדר פרטי (חדר יחיד) בסך 2,500 ₪ לכל תקופת האשפוז ולא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%

3.9. **אביזרים רפואיים:** המבטח יש/שפה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז, וזאת לאביזרים אלו בלבד: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי הרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות במקרה של: קרטוקונוס, השתלת קרנית וריפוי קרנית, עדשה טלסקופית ולמבוטח עם אסטיגמציה (צילינדר), שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלוניס לבדיקת סוכר. ההחזר הינו עד הסכום 10,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.10. **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים להמחשה, הנדרשים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪

עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו 15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח לכל תקופת הביטוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.11 **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או טיפול בג'ירוטוניק/בג'ירוקינזיס, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה כגון פגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, ו/או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום, עד סכום של 2,000 ₪ לכל תקופת הביטוח נוספת ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.12 **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח:** מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 7 ימים ועד 1,000 ₪ ליום.

3.13 **הזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטרואידים והזרקות PRP:** המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקות חומרי סינוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזרקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.14 **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 4,500 ₪ לשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.15 **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ לכלל הזרקות הנדרשות בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.16 **טיפול בהזעת יתר או מיגרנה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי 6,000 ₪ בגין כלל הזריקות הנדרשות בכל תקופת הביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.17 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ להזרקה ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) בשנת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

3.18 **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בשל מחלת הסרטן בלבד בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתיעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

סיוע נפשי:

3.19 טיפול פסיכיאטרי: עד 600 ₪ לטיפול ועד 2 טיפולים בתקופת הביטוח.

התפתחות הילד:

3.20 **אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות ל מכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח עד גיל 16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לתקופת בדיקה, וכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.21 **טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/למכון עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 3-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק, מרפא בדיבור, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ת ו/או באמצעות בעלי חיים, ועד 150 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 16 טיפולים בשנה.

רפואה מונעת:

3.22. **רפואה מונעת מגיל 40 ואילך:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 350 ש"ח לכל בדיקה עד שלוש בדיקות לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.23. **בדיקת סקר תקופתית:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אחת לשנתיים, אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב – א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, עד לסכום של 1,000 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הריון ולידה:

3.24. **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד סכום של 3,000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

3.25. **שימור דם טבורי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור איסוף ושימור דם טבורי, וזאת עד 4,000 ש"ח להריון ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

3.26. **מימון לבדיקות וטיפולים רפואיים הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל, נעשתה ע"פ הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרת הסכום של 30,000 ש"ח לסדרת טיפולים ועד 2 סדרות טיפול. יובהר כי המדובר בשיפוי בגין בדיקות, טיפולים ושירותים להריון, כולל בדיקות טרום הריון ובדיקות גנטיות וטיפולי IVF, שבוצעו לצורך הפונדקאות.

3.27. **אביזרים ומענקים לאחר ניתוח:** מבוטח אשר נדבק בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (HIV) ו/או בהפטיטיס B, כתוצאה מעירוי דם ומוצרי, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח, זכאי למענק חד פעמי בסך 220,000 ש"ח.

4. **תקופת אכשרה: 30 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.**

נספח ב'

כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח
בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)
(ביטוח בריאות קבוצתי), 2015

שם בעל הפוליסה:	קרן קיימת לישראל
ח.פ.:	520020314
כתובת:	רחוב קק"ל 1 ירושלים

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו
ולצורך להכוונה בעת הגשת תביעה
עליך לפנות תחילה אל סוכנות הביטוח ירון עדרבי
טלפון: 03-6870332 | tanya@adr-ins.co.il

עדרבי ירון סוכן ביטוח

להזמנת שירותי רפואה משלימה
ולצורך קבלת סיוע בנושאי ביטוח הבריאות
נשמח לעמוד לרשותך בטלפון: 03-6388400 | *5590

כלל חברה לביטוח בע"מ | חטיבת הבריאות
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902
מוקד שירות לקוחות לרשותך 24 שעות
טלפון: 03 - 6388400 / * 5590 | פקס לתביעות: 077-6383290
www.clal.co.il

