



פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם



עובדים וגמלאים יקרים,

מצורפת לעיונכם חוברת המפרטת את סל השירותים ותנאי הפוליסה של ביטוח הבריאות החדש. הביטוח הנו לתקופה של 5 שנים, מיום 01.07.2025 עד 30.6.2030, באמצעות חברת הביטוח "מנורה מבטחים".

שוק ביטוחי הבריאות עובר שינויים עסקיים ורגולטוריים גדולים שגררו בעקבותיהם עליית מחירים. לנוכח האתגרים הללו, אנו שמחים לעדכן כי נעשתה עבודה יסודית ומעמיקה שהובילה לחידוש הפוליסות בתכולה זהה לזו שהייתה בעבר, תוך שמירה על תנאים מהותיים ורצף ביטוחי מלא למבוטחים – הישג חשוב שאינו מובן מאליו לאור תנאי השוק הנוכחיים ומבטא מחויבות עמוקה לרווחתכם ולבריאותכם. הנהלת הבנק, וועד העובדים, חברי וועדת הביטוחים בליווי היועצים: ד"ר אודי פרישמן ומר רוני אשכנזי, השקיעו מאמץ רב בבניית הסדר הביטוח המקיף והטוב ביותר, שניתן היה להשיג לעובדי וגמלאי הבנק ובני משפחותיהם. זאת לאחר הליך מכרזי, שנערך בין חברות הביטוח המובילות בישראל, ומו"מ להשגת תנאים משופרים.

כמו כן, אנו שמחים לבשר כי נוסף כתב שירות "אבחון מהיר" המאפשר פניה למוקד שירות ייעודי לתיאום של הליך אבחון מזורז לממצא רפואי באופן מרוכז.

הפוליסה החדשה בחברת מנורה מבטחים משמרת את תנאי הביטוח שהיו קיימים עד היום למבוטחי הבנק, תוך אימוץ של חידושים הכרחיים הנובעים משינויים בעולם הרפואה והטכנולוגיה.

לנוחיותכם, מוקד השירות והמידע של חברת מנורה מבטחים עומד לרשותכם. ניתן לפנות אליו

בטלפון: 2000* בימים א'-ה', בין השעות 08:00-16:00

או בדוא"ל: moked-health@menora.co.il

בנוסף, ניתן לפנות גם לגב' ברונה ידידיה ממשד היועצים "פרש קונספט", בטלפון:

073-2391618 | פקס: 073-2391603 או דוא"ל: bronya@udif.co.il

וכמובן, הנכם מוזמנים לפנות ליחידת רווחה ובקורות באגף משאבי אנוש, בכל שאלה, בקשה, או טיפול בבעיות מול חברת הביטוח בכל הקשור לתביעות.

לנוחיותכם, החוברת מתפרסמת לעיונכם גם בפורטל הארגוני ובאתר הגמלאים.

בברכת בריאות איתנה לכם ולבני משפחותיכם

יוסף פרוור

יו"ר ועדת הביטוחים

תוכן עניינים

5	תמצית תנאי הביטוח
5	פרקי הפוליסה
5	פרטי התקשרות
6	גילוי נאות
6	תמצית תנאי הפוליסה
17	הגדרות ותנאים כלליים
17	מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה
35	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
40	פרק ב' - ביטוח תרופות מחוץ לסל הבריאות
44	פרק ג' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
48	פרק ד' - שירותים רפואיים אמבולטוריים
54	פרק ה' - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪
59	פרק ו' - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
63	פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון
66	פרק ח' - כתב שירות לאבחון רפואי מהיר
71	מפרט הפוליסה
72	אופן הגשת התביעות

מבוטח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**. הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיה רפואית.

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומידי. במסגרת התוכנית, המבוטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם, ומומלץ להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

תקופת הביטוח הינה מיום 01/07/2025 וסיומו ביום 30/06/2030

תוכנית הביטוח כוללת:

רובד בסיס

- השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
- תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות כולל תרופות בהתאמה אישית
- ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל
- שירותים רפואיים אמבולטוריים
- ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ – משלים שב"ן עם ה.ע.
- כתב שירות אבחון מהיר

מסלולי הרחבה לניתוחים בארץ (חלופיים למשלים שב"ן עם ה.ע.)

- ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ – משלים שב"ן ללא ה.ע.
- ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ – משלים שב"ן שקל ראשון

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,

אגף ביטוח בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה

רובד בסיס

- פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
- פרק ב' – תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות.
- פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל.
- פרק ד' – שירותים רפואיים אמבולטוריים.
- פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן עם ה.ע.
- פרק ח' – כתב שירות אבחון מהיר.

מסלולי הרחבה לניתוחים בארץ (חלופיים למשלים שב"ן עם ה.ע.)

- פרק ו' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן ללא ה.ע.
- פרק ז' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון.

פרטי התקשרות

כתובת הדוא"ל של החברה
moked-health@menora.co.il



כתובת אתר החברה
www.menoramivt.co.il



מוקד שירות לקוחות החברה
*2000
פקס: 153-747049338



כתובת למשלוח דואר
לידי תחום בריאות ת.ד. 1927 ר"ג



גילוי נאות

תמצית תנאי הפוליסה

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם.	שם הביטוח																																																						
בריאות	סוג הביטוח																																																						
30/06/2030 - 01/07/2025 (5 שנים)	תקופת הביטוח																																																						
רובד בסיס: השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, כיסוי לשירותים אמבולטוריים, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן עם ה.ע.), כתב שירות אבחון מהיר מסלולי הרחבה לניתוחים בארץ (חלופיים למשלים שב"ן עם ה.ע.): ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן ללא ה.ע., שקל ראשון) לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בפרק ב' בתנאים הכלליים לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק א' - סעיף 5 פרק ב' - סעיף 4 פרק ג'- סעיף 4 פרק ד- סעיף 4 פרק ה'- סעיף 6 פרק ו'- סעיף 5 פרק ז'- סעיף 4 פרק ח'- סעיף 4	תיאור תכנית הביטוח פוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: חריגים בפוליסה																																																						
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	קיומם של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח																																																						
להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתוכנית הביטוח: <table><tr><th colspan="3">רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח</th></tr><tr><td colspan="3">מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו, גמלאים ובני משפחתם 20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד</td></tr><tr><th>קבוצת גיל</th><th>משלים שב"ן עם ה.ע.</th><th>עובד/ת/גמלאי</th></tr><tr><td>0-25</td><td>1 ₪</td><td>263 ₪</td></tr><tr><td>26-30</td><td>8 ₪</td><td>263 ₪</td></tr><tr><td>31-40</td><td>10 ₪</td><td>263 ₪</td></tr><tr><td>41-50</td><td>14 ₪</td><td>45.2 ₪</td></tr><tr><td>51-60</td><td>20 ₪</td><td>45.2 ₪</td></tr><tr><td>61-70</td><td>48 ₪</td><td>45.2 ₪</td></tr><tr><td>70+</td><td>58 ₪</td><td>45.2 ₪</td></tr></table> רובד הרחבה ניתוחים בארץ וולנטריים - פרמיה חודשית בש"ח דלתא לתוספת במימון העובד בגבייה אישית <table><tr><th>קבוצת גיל</th><th>משלים שב"ן ללא ה.ע.</th><th>שקל ראשון ללא ה.ע.</th></tr><tr><td>0-25</td><td>1 ₪</td><td>1.5 ₪</td></tr><tr><td>26-30</td><td>8 ₪</td><td>12 ₪</td></tr><tr><td>31-40</td><td>10 ₪</td><td>16 ₪</td></tr><tr><td>41-50</td><td>14 ₪</td><td>23 ₪</td></tr><tr><td>51-60</td><td>20 ₪</td><td>33 ₪</td></tr><tr><td>61-70</td><td>48 ₪</td><td>80 ₪</td></tr><tr><td>70+</td><td>58 ₪</td><td>96 ₪</td></tr></table>		רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח			מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו, גמלאים ובני משפחתם 20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד			קבוצת גיל	משלים שב"ן עם ה.ע.	עובד/ת/גמלאי	0-25	1 ₪	263 ₪	26-30	8 ₪	263 ₪	31-40	10 ₪	263 ₪	41-50	14 ₪	45.2 ₪	51-60	20 ₪	45.2 ₪	61-70	48 ₪	45.2 ₪	70+	58 ₪	45.2 ₪	קבוצת גיל	משלים שב"ן ללא ה.ע.	שקל ראשון ללא ה.ע.	0-25	1 ₪	1.5 ₪	26-30	8 ₪	12 ₪	31-40	10 ₪	16 ₪	41-50	14 ₪	23 ₪	51-60	20 ₪	33 ₪	61-70	48 ₪	80 ₪	70+	58 ₪	96 ₪
רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח																																																							
מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו, גמלאים ובני משפחתם 20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד																																																							
קבוצת גיל	משלים שב"ן עם ה.ע.	עובד/ת/גמלאי																																																					
0-25	1 ₪	263 ₪																																																					
26-30	8 ₪	263 ₪																																																					
31-40	10 ₪	263 ₪																																																					
41-50	14 ₪	45.2 ₪																																																					
51-60	20 ₪	45.2 ₪																																																					
61-70	48 ₪	45.2 ₪																																																					
70+	58 ₪	45.2 ₪																																																					
קבוצת גיל	משלים שב"ן ללא ה.ע.	שקל ראשון ללא ה.ע.																																																					
0-25	1 ₪	1.5 ₪																																																					
26-30	8 ₪	12 ₪																																																					
31-40	10 ₪	16 ₪																																																					
41-50	14 ₪	23 ₪																																																					
51-60	20 ₪	33 ₪																																																					
61-70	48 ₪	80 ₪																																																					
70+	58 ₪	96 ₪																																																					

- מדד יסודי - המדד אשר פורסם ביום 15/06/2025 שערכו 14500 נק'
- ילד עד גיל 25 (כולל).
- ילד שלישי ואילך במשפחה – חינם. נכד שלישי בכל בית אב חינם.

רובד בסיס

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה	השתתפות עצמית
השתלה <u>כמפורט בסעיף מס' 3</u>	השתלה ע"י נותן שירות שבהסדר	שיפוי מלא	ללא	ללא
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – כריתה או הוצאה מגוף המבוטח	5,000,000 ₪		
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – כריתה או הוצאה מבע"ח	3,000,000 ₪		
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – מח עצם או תאי גזע שמקורם במבוטח	1,000,000 ₪		
טיפול מיוחד בחו"ל <u>כמפורט בסעיף מס' 3</u>	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל ע"י נותן שירות שבהסדר	שיפוי מלא		
	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל ע"י נותן שירות שלא בהסדר	1,200,000 ₪		
שיפוי להוצאות השתלה <u>כמפורט בסעיף מס' 4.1-4.2</u>	אשפוז בחו"ל	עד 365 יום למקרה ביטוח		
	הוצאות צוות רפואי, חדר ניתוח ושירותים רפואיים	שיפוי מלא		
	הוצאות הטסה לחו"ל והעברה יבשתית	שיפוי מלא		
	הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי	עד 300,000 ₪		
	בדיקות הערכה	עד 200,000 ₪		
	הוצאות טיפולים הקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה	עד 500,000 ₪		

		עד 100,000 ₪	הטסה רפואית	
		עד 1,500 ₪ ליום, במבטח קטין עד 2,500 ₪ למבטח ושני מלווים.	הוצאות שהייה של המבטח ומלווה	
		200,000 ₪	טיפול המשך הנובעים מביצוע השתלה	
		200,000 ₪	הבאת מומחה לישראל	
		150,000 ₪	הוצאה רפואית אחרת	
		5,500 ₪ לחודש למשך 12 חודשים. אם המבטח שוהה בביה"ח 3,750 ₪ ועד 12 חודשים	גמלה עבור מועמד להשתלה	גמלה חודשית כמפורט בסעיף 4.3.1
		6,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. לאחר ביצוע השתלת מח עצם עצמית- 4,000 ₪ למשך 3 חודשים	גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	
		10,000 ₪	פיצוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	פיצוי חד פעמי בגין טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף מס' 4.3.4
		150,000 ₪	פיצוי במקרה של מוות המבטח כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד כמפורט בסעיף מס' 4.3.5
		350,000 ₪	פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה ללא מעורבות המבטח	פיצוי חד פעמי בגין השתלה כמפורט בסעיף מס' 4.3.7
		עד 50,000 ₪	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל – איתור המקום/המוסד הרפואי ועלויות נלוות, עלות התרופות והבדיקות הרפואיות ועלויות האשפוז	שיפוי לטיפול ניסיוני בחו"ל כמפורט בסעיף מס' 4.4
		עד 40,000 ₪. במבטח קטין עד 60,000 ₪ לשני מלווים	הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול למבטח ומלווה	

		עד 100,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל
		עד 100,000 ₪	הוצאה רפואית אחרת
		עד 1,500 ₪ ליום, במבוטח קטין עד 2,000 ₪ למבוטח ושני מלווים ועד 60 יום	הוצאות שהייה של מבוטח ומלווה

פרק ב' - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

200 ₪ לתרופה לחודש	ללא	סכום הביטוח המירבי 3,000,000 ₪	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתווייה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL ותרופת יתום.	תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות כמפורט בסעיף מס' 3.1
ללא		500 ₪ ליום ועד 60 ימים למקרה ביטוח	עלות השירות הכרוך במתן התרופה	כיסויים נלווים כמפורט בסעיף מס' 3.1
200 ₪ לתרופה לחודש	ללא	200,000 ₪ לחודש קלנדרי ועד 1,000,000 ₪	כיסוי לתרופה מותאמת אישית	תרופות מיוחדות כמפורט בסעיף מס' 3.1

ללא		500 ש"ח ליום ועד 60 ימים למקרה ביטוח	עלות השירות הכרוך במתן התרופה	כיסויים נלווים <u>כמפורט בסעיף מס' 3.1</u>
20%		עד 40,000 ש"ח למקרה ביטוח	התאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן	ביצוע בדיקה גנטית <u>כמפורט בסעיף 3.1.4</u>
ללא		עד 1,800 ש"ח	פנייה לרופא/ פרמקולוג/ ביולוג למטרות ייעוץ	ייעוץ טענות דחייה <u>כמפורט בסעיף 3.3</u>

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

ללא	ללא	שיפוי מלא	ניתוח אשר תואם ואושר מראש מול המבטחת	שירותים רפואיים הקשורים בניתוח <u>כמפורט בסעיף מס' 3</u>
		סכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל	ניתוח אשר בוצע ללא תיאום ואישור מראש מול המבטחת	
		שתי התייעצויות ועד 1,200 ש"ח להתייעצות	התייעצות עם מומחה בארץ בקשר לניתוח	
		התייעצות אחת עד 5,000 ש"ח	התייעצות עם מומחה בחו"ל בקשר לניתוח	
		100,000 ש"ח	כיסוי להוצאות הטסה רפואית	
		200,000 ש"ח	הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל	
		60,000 ש"ח	שתלים שהושתלו במהלך ניתוח	
		650 ש"ח ליום ועד 8 ימים	שכר אח/ות פרטי/ת	
		עד 1000 ש"ח ליום ועד 30 ימים, קטין – 1,500 ש"ח כיסוי עבור 2 מלווים	כיסוי להוצאות שהייה של מלווה	
20%		עד 250 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר	פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור	
ללא		600 ש"ח ליום ועד 10 ימי שהייה רצופים	הוצאות מוסד החלמה של המבוטח בישראל לאחר ניתוח	

		עד 100,000 ₪	בדיקות והתייעצויות לאחר ניתוח	
		כיסוי מירבי למקרה ביטוח ועד תקרה של 250% מעלות הטיפול בישראל	טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	טיפול מחליף ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף מס' 3.3
ללא		150,000 ₪	פיצוי במקרה מוות למבוטח מעל גיל 21	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהניתוח כמפורט בסעיף מס' 3.6

פרק ד' - שירותים רפואיים אמבולטוריים

20%		עד 1,150 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות או אבחונים בשנת ביטוח	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח כמפורט בסעיף 3.1
20%		עד 7,000 ₪, במקרה של צורך בטיסה לחו"ל עד 5,000 ₪ על הוצאות טיסה	חוות דעת רפואית מורחבת	חוות דעת רפואית מורחבת כמפורט בסעיף מס' 3.2
20%		עד 6,800 ₪ בגין בדיקות הדמיה ועד 4,500 ₪ בגין כל שאר הבדיקות לשנת ביטוח	בדיקות אבחנתיות	בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף מס' 3.3
20%	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום	15,000 ₪ בתקופת ביטוח	בדיקות גנטיות ו/או פתולוגיות	בדיקות גנטיות ו/או פתולוגיות כמפורט בסעיף מס' 3.4
20%		עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח	חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית כמפורט בסעיף מס' 3.5
20%		עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף מס' 3.6
20%		עד 12 טיפולים בשנת ביטוח, ועד 230 ₪ לטיפול	טיפול פיזיותרפיה/ הידרותרפיה	טיפול פיזיותרפיה/ הידרותרפיה כמפורט בסעיף מס' 3.7
20%		עד 5,500 ₪ לכל מקרה ביטוח	טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזהמים	טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים כמפורט בסעיף מס' 3.8

20%		טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה כמפורט בסעיף מס' 3.9	טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 4,500 ש"ח לשנת ביטוח
20%		טיפול פרייון כמפורט בסעיף 3.10	טיפול פרייון לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) בארץ ובחו"ל	עד 13,500 ש"ח לילד ועד לשני ילדים
20%		בדיקות מיוחדות לנשים בהריון כמפורט בסעיף 3.11	בדיקות מיוחדות לנשים בהריון	עד 5,500 ש"ח להריון, בגין בדיקות לסיקור גנטי עד 1,100 ש"ח, בגין ייעוץ גנטי עד 2300 ש"ח. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.
20%		כיסוי לאביזרים רפואיים כמפורט בסעיף 3.12	כיסוי לאביזרים רפואיים	עד 4,000 ש"ח לתקופת הביטוח
20%		שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק כמפורט בסעיף 3.13	שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי	עד 230 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח
20%		החלמה לאחר ניתוח גדול או מחלת הסרטן כמפורט בסעיף 3.14	שהייה במוסד החלמה לאחר ניתוח גדול ו/או חלה במחלת הסרטן	עד 800 ש"ח ליום, ועד 14 יום, במקרה של החלמה מסרטן עד 800 ש"ח ליום ועד 21 ימים בתקופת הביטוח.
20%	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פרייון ו/או עקרות ו/או טיפול בעובר - 180 יום	מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי כמפורט בסעיף 3.15	הוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי	עד 170 ש"ח לחודש ועד 24 חודשים לכל תקופת הביטוח
ללא		טיפולים אונקולוגיים כמפורט בסעיף 3.16	טיפולים אונקולוגיים	עד 115,000 ש"ח לכל שנת ביטוח
20%		התעמלות שיקומית כמפורט בסעיף 3.17	התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב	עד 230 ש"ח לחודש ועד 9 חודשים

20%		עבור הדמיית תלת מימד - 2,000 ₪, עבור הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה - 10,000 ₪, עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה - 35,000 ₪, עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח - 15,000 ₪	פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איבר/ים	הדפסת איברים <u>כמפורט בסעיף 3.18</u>
20%	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פרייון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום	עד 4,500 ₪ למקרה ביטוח	טיפולים והזרקות למפרקים	טיפולים והזרקות למפרקים <u>כמפורט בסעיף 3.19</u>
20%		עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח	טיפול בהסתיידויות	טיפול בהסתיידויות <u>כמפורט בסעיף 3.20</u>
		עד 1,500 ₪ לטיפול ועד 10,000 ₪ לכלל הטיפולים בשנת ביטוח	טיפולים הנדרשים להקלה בכאב	טיפול בכאב <u>כמפורט בסעיף 3.21</u>
20%		עד 5,500 ₪ למקרה ביטוח	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים <u>כמפורט בסעיף 3.22</u>
20%		עד 2,300 ₪ להזרקה ועד 11,490 ₪ לסדרת הזרקות	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית <u>כמפורט בסעיף 3.23</u>
20%		עד 6,000 ₪ למקרה ביטוח	הזרקות לטיפול בהזעת יתר	הזרקות לטיפול בהזעת יתר <u>כמפורט בסעיף 3.24</u>
20%	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פרייון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום	עד 5,500 ₪ למקרה ביטוח	הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא	הזרקות לעמוד השדרה <u>כמפורט בסעיף 3.25</u>
20%		עד 10,000 ₪ לתקופת ביטוח	טיפול בתא לחץ	טיפול בתא לחץ <u>כמפורט בסעיף 3.26</u>

פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן עם ה.ע.

5,000 ₪	90 יום, הריון או לידה 12 חודשים	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שבהסדר עם המבטחת	מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן <u>כמפורט בסעיף מס' 4</u>
		1,500 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שאינו בהסדר עם המבטחת	
		שיפוי מלא	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	
		שיפוי מלא	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר עם המבטחת	טיפול מחליף ניתוח <u>כמפורט בסעיף מס' 4.4</u>
		החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת	

מסלולי הרחבה לניתוחים בארץ (חלופיים למשלים שב"ן עם ה.ע.)

פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן ללא ה.ע.

ללא	90 יום, הריון או לידה 12 חודשים	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שבהסדר עם המבטחת	מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן <u>כמפורט בסעיף מס' 3</u>
		1,500 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שאינו בהסדר עם המבטחת	
		שיפוי מלא	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	
		שיפוי מלא	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר עם המבטחת	טיפול מחליף ניתוח <u>כמפורט בסעיף מס' 3.4</u>
		החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת	

מסלולי הרחבה לניתוחים בארץ (חלופיים למשלים שב"ן עם ה.ע.)
פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל השקל ראשון

ללא	90 יום, הריון או לידה 12 חודשים	שיפוי מלא ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שבהסדר	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל ראשון כמפורט בסעיף 3
		1,500 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר	
		שיפוי מלא	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות שבהסדר עם המבטחת	
		החזר בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה בשב"ן	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת – שב"ן	טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 3.1.4
		שיפוי מלא	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר	
		החזר עד לסכום המרבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר	

פרק ח' – כתב שירות אבחון רפואי מהיר

193 ₪ - אבחון בסיסי שאינו גינקולוגי 322 ₪ - אבחון גינקולוגי עבור ילד עד גיל 14: 161 ₪ בעבור ביצוע הבדיקות האבחנתיות (לא הדרושות) (לא ינתן תהליך אבחון ולא ינתן דוח אבחון)	60 יום	השירותים ינתנו אצל ספק שירות בלבד	השירותים ינתנו אצל ספק שירות בלבד קבלת שירות אבחון רפואי מהיר ע"י רופא ממיין, אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון	אבחון רפואי מהיר בסיסי כמפורט בסעיף 2.8
---	--------	-----------------------------------	--	---

537 ש - אבחון מקיף שאינו גינקולוגי 752 ש - אבחון גינקולוגי עבור ילד עד גיל 14: ללא השתתפות עצמית בעבור ביצוע הבדיקות האבחנתיות הדרושות הנוספות (לא ינתן תהליך אבחון ולא ינתן דוח אבחון	60 יום	השירותים ינתנו אצל ספק שירות בלבד	השירותים ינתנו אצל ספק שירות בלבד קבלת שירות אבחון רפואי מהיר ע"י רופא ממיין, אשר יפנה לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות כגון CT, MRI, ממוגרפיה, מיפויים, ביופסיות בשד או כל בדיקה אחרת עליה יחליט הרופא הממייין למעט בדיקת PET CT שלא תכוסה	אבחון רפואי מהיר מקיף <u>כמפורט בסעיף 2.9</u>
---	--------	--	---	---

הערות:

לתשומת ליבך, 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.

*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.

אופן משלוח מסמכי דיווח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון לטלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il.

יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.

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.

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.

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*).

כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת:

<https://menora.click/privacypolicy>

אופן הגשת התביעות כמפורט בפרק אופן הגשת התביעות.

הגדרות ותנאים כלליים

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם

מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה.
הגדרה שלא מפורטת בפוליסה זו תהיה כהגדרתה בהסכם ההתקשרות.

- 1.1 **החברה" או "המבטח"** – מנורה מבטחים
- 1.2 **"הפוליסה" או "הביטוח"** – 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"** – 01/07/2025.
- 1.4 **"תאריך הצטרפות"** – התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5 **"הסכם הביטוח"** – חוזה הביטוח מיום 01/07/2025 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 של כל מבוטח 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 פרטי"** – אחת מהגדרות שלהלן:
 - 1.8.1 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
 - 1.8.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.9 **"בית חולים שבהסכם"** – בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.7 ו 1.8 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.10 **"מעבדה"** – מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.11 **"ישראל"** – מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.12 **"חו"ל"** – כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.13 **"רופא"** – רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.14 **"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 או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי

הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.	
1.15	"רופא מרדים" – רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
1.16	"נותן שירות בהסכם" – בית חולים פרטי, מרפאה, מעבדה, מנתח שהינו רופא מומחה (כהגדרתו לעיל) או רופא אשר הוסמך בחו"ל כמומחה מנתח וכל רופא או גוף אחר עמם קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיו צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/מתן השירות הרלוונטי.
1.17	"מנתח הסכם" – רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח.
1.18	"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.
1.19	"יום אשפוז" – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
1.20	"יועץ מלווה" – היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות ויקבע ע"י בעל הפוליסה.
1.21	"גיל" או "גיל המבוטח" – גיל המבוטח יקבע עפ"י יום הולדתו של המבוטח ויחושב בשנים שלמות.
1.22	"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, ללא תלות בגורם המשלם את דמי הביטוח.
1.23	"בעל הפוליסה" – מי שהתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, ללא תלות בגורם המשלם את דמי הביטוח.
1.24	"ה/מבוטח/ים" – עובדים/גמלאים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין), לרבות ידוע/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים ולרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד/הגמלאי וילדיהם (הנכדים), לרבות שאירים של גמלאי או עובד שנפטר.
1.25	"מבוטח/ים קיימ/ים" – אלה שהיו מבוטחים בביטוח הקודם בחברת איילון עד ה-31/06/2025.
1.26	"מבוטח/ים חדש/ים" – עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד ובני משפחותיהם, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד.
1.27	"בני משפחה / בני משפחותיהם" – בני/בנות זוגם של העובד או הגמלאי (כולל בני אותו המין), לרבות ידוע/ה בציבור וילדיהם (כולל ילדים בוגרים), לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד (חתנים/כלות) וילדיהם (הנכדים).
1.28	"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.
1.29	"חוק הביטוח" – חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.
1.30	"חוק הבריאות" – חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
1.31	"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי" – הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות

קבוצתי), תשס"ט-2009.

1.32	"קופת חולים" –	תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
1.33	"וועדת הלסינקי" –	ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין (1999).
1.34	"תקופת אכשרה" –	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. מודגש, כי מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה), דינו כמקרה ביטוח שארע ו/או התגלה לפני הצטרפות המבוטח לפוליסה, והחברה לא תהא אחראית לתשלום תגמולי ביטוח כלשהם בגינו על פי פוליסה זו.
1.35	"דמי הביטוח" או "הפרמיה" –	הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה.
1.36	"סכום ביטוח" –	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
1.37	"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.
1.38	"מדד הבסיס" –	המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל.
1.39	"דף פרטי הביטוח" –	דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
1.40	"תקופת (ה)בדיקה" –	תקופה של 24 חודשים ממועד תחילת פוליסה זו.
1.41	"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.
1.42	"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.
1.43	"צירוף אוטומטי" –	צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות רובד הביטוח הבסיסי באופן מלא, כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים. ו\או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
1.44	"צירוף בהסכמה" –	צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
1.45	"תאונה" –	חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח 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 והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרבות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ-"תאונה".

1.46 **"גיל הפרישה המוקדמת"** – זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 – לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.

1.47 **"גמלאי"** – מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה, או מקרן הפנסיה או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק מקרן הפנסיה, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

2. תקופת הסכם הביטוח

2.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה למשך 5 שנים, שתחילתה ביום 01/07/2025 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום 30/06/2030 (להלן: "**תקופת הביטוח**" או "**תקופת ההתקשרות הראשונה**").

2.2 על אף האמור, באם יבקש הבנק, מכל סיבה שהיא, לסיים את ההתקשרות במועד מוקדם יותר, יהיה הוא רשאי לעשות כן, על פי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט ומבלי שתהא עליו חובת הנמקה ושימוע, באמצעות הודעה מראש ובכתב לחברה, 60 יום קודם למועד סיום ההתקשרות, בכפוף להעברת קבוצת המבוטחים למבטח אחר שיבטח את המבוטחים בביטוח זה. הופסקו השירותים על ידי הבנק, כולם או חלקם, לא תהיה החברה זכאית לתשלום או פיצוי כלשהו בגין כך, מלבד תשלום בגין השירותים שניתנו על ידה עד למועד הפסקתם.

2.3 במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, תאריך החברה את תקופת ההסכם, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת הבנק, בתנאים זהים להסכם זה.

2.4 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת ההתקשרות כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת ההתקשרות, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

2.5 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

2.6 בתום תקופת ההתקשרות הראשונה הצדדים יהיו רשאים להגיע להסכמות על חידוש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת של עד חמש שנים, כולן ו/או חלקן ועד עשר שנים במצטבר לכל ההתקשרות (להלן: "**תקופות ההתקשרות הנוספות**"). תקופת ההתקשרות הראשונה ותקופות ההתקשרות הנוספות יקראו לעיל ולהלן: "**תקופת ההתקשרות**".

2.7 במהלך תקופת ההתקשרות הנוספות יחולו על הצדדים כל הוראות הסכם זה, בשינויים המחוייבים ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח והוראות רגולטוריות חדשות שיחולו בתקופת ההתקשרות הראשונה.

2.8 מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, המאפשר לבנק לסיים באופן מיידי את השירותים מכל סיבה שהיא, ראה הבנק, לפי שיקול דעתו, כי החברה אינה מספקת את השירותים באיכות ובמועדים כנדרש, או שהיא עלולה שלא לעמוד בדרישות האיכות ו/או המועדים, רשאי הוא, בהתראה מראש לחברה בת 60 ימים, ובאם לא תיקנה החברה את ההפרה בתקופה זו, להפסיק את אספקת השירותים, לשלם תמורה רק על אותם שירותים שסופקו כראוי עד למועד ההודעה כאמור, ולמסור את המשך אספקת השירותים (כולם או חלקם) למבטח אחר. החברה תסייע לבנק לעשות כן, ובמידה והביטול נבע מהפרה של החברה היא תישא בכל הוצאה עודפת שתגרם לבנק עקב מצב כאמור, והכל בהתאם לסעדים העומדים לבנק לפי הסכם זה.

2.9 סיום או ביטול של הסכם זה מכל סיבה שהיא, לא יגרעו מזכויות והתחייבויות שנוצרו לפני תאריך הסיום או הביטול כאמור. לפיכך, החברה מתחייבת לשלם תביעות שאושרו בתקופת ההסכם גם אם התשלום יבוצע לאחר סיום תקופת ההסכם, כך גם לשלם תביעות שהוגשו לאחר תום תקופת ההסכם בגין מקרה ביטוח שארע במהלך תקופת ההסכם. הוראות סעיפים בהסכם ביטוח זה שמטיבן ומטבען חלים גם לאחר תום תוקפו של הסכם ביטוח זה, ימשיכו לחייב את הצדדים גם לאחר סיום או ביטוח הסכם ביטוח זה מכל סיבה שהיא.

3. אופן הצטרפות

- 3.1 **מבוטחים שהיו קיימים בחברת איילון עד למועד תחילתה של פוליסה זו**, יצורפו לביטוח אוטומטית 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.
מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח. מבוטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו תהיינה בתוקף גם ממועד תחילת הסכם הביטוח הנוכחי וכל אורך חיי הפוליסה וכן בתקופות ביטוח מוארכות ככל ויהיו.
- 3.2 עובד חדש לאחר קבלתו לקביעות אצל בעל הפוליסה, הוא ובני משפחתו יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שימלאו טופס הצטרפות ויממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו קיבל העובד קביעות אצל בעל הפוליסה, מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.
- 3.3 עובד בתקופת ניסיון (במסלול לקביעות) זכאי (הוא ובני משפחתו) להצטרף לביטוח ב- 90 יום הראשונים לעבודתו ללא הצהרת בריאות, בתשלום מלא ישירות למבטח ללא סבסוד של בעל הפוליסה.
- 3.4 עובד/ת מבוטח/ת שנישא/ה בתקופת הביטוח יהיה/תהיה רשאי/ת לצרף את בן/בת זוגו בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל. ילדים של בן/בת זוג שאינם ילדיו/ילדיה הביולוגיים של עובד/ת, יצורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות וקבלתם לביטוח ע"י המבטח. הביטוח שלהם לא ימומן על ידי הבנק וישולם באמצעי גביה אישי של ההורים.
- 3.5 תינוק שנולד למבוטח או ילד שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 180 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.
- 3.6 עובד/גמלאי ובני משפחותיהם אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים/גמלאים ו/או בני משפחה הנדרשים למלא הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 21 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 3.7 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח או בגביה אישית ע"י המבוטח באישור הבנק. במידה והמבוטח הראשי (עובד/גמלאי) נפטר, וכל עוד בן/בת זוגו בחיים, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי / הוראת קבע אישית למבטח. במידה ובמהלך תקופת הביטוח גם בן/בת הזוג נפטר/ה, הביטוח של בני המשפחה המבוטחים בפוליסה יסתיים בתום החודש בו נפטר בן/בת הזוג של המבוטח הראשי. מבוטחים אלה יוכלו לעבור לפוליסת פרט המשכית הקיימת אצל המבטח, תוך 90 יום ממועד סיום החברות בפוליסה הקבוצתית, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ומעבר חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה על כיסויים חופפים.
- 3.8 צירוף בני משפחה של עובד/גמלאי בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או שהנו מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיסויים הכלולים בביטוח הקבוצתי.
- 3.9 יובהר כי גריעת מבוטח מקובץ המבוטחים אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב, בכפוף לתשלום הפרמיות רטרואקטיבית ממועד הגריעה בתוספת ריבית והצמדה כדין.

3.10 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 יגלה למבוטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

3.11 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבוטח 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.

3.12 על אף האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בשלושה חודשים אחרונים, תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תישארנה בתוקף גם בביטוח זה ולאורך כל חיי הפוליסה וכן בתקופות ביטוח מאורכות ככל ויהיו יובהר כי המבוטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת. למען הסר ספק הצטרפות ברצף מפוליסות אחרות, תינתן אך ורק למבוטחים הזכאים להצטרף לפוליסה ללא הצהרת בריאות בתקופת הזכאות (90 יום מתחילת הזכאות).

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

3.14 שולמו למבוטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבוטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבוטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבוטח 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 המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבוטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבוטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבוטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבוטח 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.

3.15 צירוף מבוטח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

(א) מוטלת על המבוטח 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 נכחי 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 פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(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

3.16 חובת הגילוי

3.16.1 (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 בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.16.2 (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 ולא 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 בכוונת 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.

3.16.3 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 בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

רובד בסיס

(א) מבוטח קיים – באופן אוטומטי ביום כניסת הסכם הביטוח לתוקף (01.07.2025) ובכפוף לקבלת הסכמתו בכתב, ככל ותדרש.

(ב) עובד חדש ובני משפחתו – היום בו הוא ובני משפחתו (במידה ויש) חתמו על טופס הצטרפות ונרשמו בקובץ המבוטחים של בעל הפוליסה ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה 15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה 16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

(ג) עובד/גמלאי ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות – הראשון לחודש בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובד הרחבה

(א) מבוטחים קיימים – היום בו מילא העובד טופס הצטרפות.

(ב) עובד חדש ובני משפחתו – היום בו מילא העובד טופס הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה 15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה 16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

(ג) עובד/גמלאי ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות – הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

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

(ב) על אף האמור בסעיף (א), עובד שפרש לגמלאות, ימשיך להיות מבוטח בפוליסה זו באופן אוטומטי, ברצף ביטוחי מלא כ"גמלאי", הוא ובני משפחתו ושאיוריו, במימון זהה למימון שניתן לעובדים ע"י בעל הפוליסה. גמלאים בפנסיה צוברת, שיבחרו בכך, ימשיכו להיות מבוטחים באמצעי גביה אישי כחלק בביטוח הקבוצתי ובתנאי שהמבוטח יסדיר את המשך התשלום באמצעות אמצעי גביה אישי בתוך 90 יום מיום סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה ובכפוף לקבלת הודעה מאת בעל הפוליסה על יציאתו של העובד לגמלאות בסטאטוס של גמלאי בפנסיה צוברת.

(ג) בתום תקופת ההתקשרות של הסכם הביטוח, כהגדרתה לעיל.

(ד) הפוליסה תבוטל בתוך 3 ימים מיום בקשת הביטול עבור מבוטחים המשלמים את דמי הביטוח באמצעות אמצעי גביה אישי וחודש העוקב לחודש בו התקבלה בקשת הביטול עבור מבוטחים שדמי הביטוח עבורם משולמים באמצעות שכרם.

(ה) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד או גמלאי – 60 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (גיל 25), ישלח המבטח הודעה בה יעדכן את העובד על הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של "ילד בוגר". 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

5.1 עובדים/ות אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא/ת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954, או בחל"ת של העובד/ת, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה, או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י המבוטחים באמצעות כרטיס אשראי או באמצעות הוראת קבע ובלבד שיממשו את זכאותם בתוך 90 יום ממועד יציאתו לחל"ת חל"ד. פסקו יחסי עובד-מעביד, יוסר שמם של העובד/ת ובני משפחותיהם מרשימת המבוטחים והם יהיו רשאים במסגרת הסכם זה לרכוש פוליסת פרט אצל המבטח כקבוע בהסכם זה.

מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

5.2 **חלופה א':** לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 25% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיוודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה. למען הסר ספק בתקופת שהייתו בחו"ל של מבוטח תחת חלופה זו, הוא לא יהיה זכאי לאף כיסוי ביטוחי הכלול בפוליסה.

5.3 **חלופה ב':** להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. בזמן שהותו של המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל. באחריות בעל הפוליסה לעדכן את המבטח על חזרת המבוטח לארץ.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

6.1 במקרה בו הופסקה 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, או פרישה לגמלאות (במידה והחליט שלא להמשיך בפוליסה קבוצתית זו כגמלאי), יוכל המבוטח להצטרף לתכנית ביטוח בריאות פרטית 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 10% לתקופה של 10 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 לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה, 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 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 מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבטח

דמי הביטוח החודשיים (בש"ח), אופן תשלום והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו, גמלאים ובני משפחתם 20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד		
קבוצת גיל	משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪	
עובד/ת/גמלאי	263 ₪	
בן/בת זוג, ילד/ה בוגר/ת מעל 25 (כולל), כלות/חתנים	263 ₪	
ילד/נכד עד גיל 25 כולל	45.2 ₪	
רבדי הרחבה ניתוחים בארץ וולנטריים - פרמיה חודשית בש"ח דלתא לתוספת במימון העובד בגבייה אישית		
קבוצת גיל	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית	שקל ראשון ללא השתתפות עצמית
0-25	1 ₪	1.5 ₪
26-30	8 ₪	12 ₪
31-40	10 ₪	16 ₪
41-50	14 ₪	23 ₪
51-60	20 ₪	33 ₪
61-70	48 ₪	80 ₪
+ 70	58 ₪	96 ₪

- ילד/נכד - עד גיל 25 שנים.
- ילד/נכד שלישי ואילך בכל בית אב- ללא תוספת פרמיה, בכפוף לצירוף תא משפחתי לפוליסה הכולל לפחות הורה בגיר אחד ושלושה ילדים מתחת לגיל 25 אשר רכשו את אותם הכיסויים בדיוק לכל המבוטחים -ההטבה לילד / נכד שלישי חנם תפקע אם איזה מהפוליסות של מי מהמבוטחים בתא המשפחתי תבוטל או תצומצם.

גורם משלם ואופן התשלום:

רובד בסיס

עובד/גמלאי – הפרמיה בגין הביטוח עבורו ועבור בני משפחתו – 80% במימון המעסיק, ללא גילום שווי המס. 20% במימון העובד/גמלאי בגביה משכרו מדי חודש ע"י המעסיק. הבנק יעביר לחברת הביטוח את מלוא הפרמיה עבור העובד ובני משפחתו.

ילד מעל גיל 25/חתן/כלה/נכדים – הפרמיה בגין הביטוח עבורם – תשולם על ידי העובד/גמלאי ו/או המבוטחים, באמצעי גביה אישי. המבוטח ו/או העובד ו/או גמלאי יעבירו לחברת הביטוח את מלוא הפרמיה עבור ילד מעל גיל 25, חתן, כלה ונכדים.

רובד מורחב

הפרמיה בגין כל המבוטחים - במימון העובד/גמלאי ו/או המבוטחים, באמצעי גביה אישי.

7.1 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

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 פיגורים בתשלומים

7.3.1 לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ע"י הבנק ו/או המבוטח, לפי העניין, החברה תיתן לו ארכה לתשלום דמי הביטוח למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה ותודיע לו על כך מידית (להלן: "המועד הקובע לתשלום דמי ביטוח שלא שולמו"). במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח לחברה בתום תקופת הארכה, תבוטל הפוליסה של המבוטח בגינו לא שולמה הפרמיה לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק. במקרה בו לא ישלמו דמי הביטוח, החברה תוכל לדרוש את דמי הביטוח שלא שולמו בגין התקופה בה הביטוח היה בתוקף, סעיף זה יכול לגבי מבוטחים שדמי הביטוחים משולמים עבורם על ידי או באמצעות בעל הפוליסה בלבד. עבור מבוטחים המשלמים את דמי הביטוח באמצעי גביה אישי יהיה סעיף זה על פי הוראות הדין.

7.3.2 לאחר ביטול הביטוח כאמור לעיל, תינתן לבנק ו/או למבוטח האפשרות, תוך 30 יום מתום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. החברה לא תהיה אחראית למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו. לא שולמו דמי הביטוח לאחר תום המועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, לא תחול על החברה חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

7.4 התאמת דמי הביטוח

7.4.1 התאמת דמי הביטוח, כמפורט בסעיף זה להלן, תהיה באחריות החברה ובכפוף לפניה בכתב לבנק והעברת נתוני ביצוע הפוליסה לבנק. בתום עשרים וארבעה (24) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח (להלן: "תקופת הבדיקה"), החברה תהא רשאית להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של

נתוני תיק הביטוח במידה ותבוצע התאמה לאחר 24 חודשים לא תבוצע התאמה נוספת במהלך תקופת הביטוח.

- 7.4.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מתקרה בסך 30%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם זה ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, ידונו הצדדים על שיפור היקף הכיסוי הביטוחי, וככל ויחול שינוי, הדבר ייעשה בהסכמת הצדדים.
- 7.4.3 במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, הבנק ו/או החברה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים/ השירותים יעבורו למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

- 8.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבטח כנגד הצגת קבלות. המבטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או בחשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבטח אצל המבטח.
- 8.2 בכפוף לאמור לעיל, המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 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 במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעביר המבטח לנותן שירות זה התחייבות בגובה הסכום המשולם לנותן שירות שבהסכם או יעניק המבטח למבטח 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 המבטח 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 למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבטח 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 המבטח 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 המבטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבטח 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 המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח 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 למבטח בתוך 14 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 21 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. בהתאם למנגנון SLA המפורט להלן.

9. אמנת שירות (SLA)

המבטח יפעל בכפוף לאמור באמנת השירות המצורפת לפוליסה כנספח 1.

10. גבית דמי הביטוח

- 10.1 **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.
- 10.2 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.
- 10.3 האמור בסעיף 10.2 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:
- 10.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 10.3.2 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").
- 10.4 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.
- 10.4.1 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.
- 10.5 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.
- 10.6 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.

11. תחלופ (סברוגציה)

- 11.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח 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 המבוטח 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 המבוטח מצד שלישי הינו

כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

11.2 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.

11.3 המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (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.

12. ביטוח כפל

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

12.2 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.

13. תביעות

13.1 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. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי.

13.2 המבטח 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 המבטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.

13.3 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

13.4 יובהר שבמידה והמבטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.

13.5 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 למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

14. 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.

15. יועץ ביטוחי

היועץ יעניק ייעוץ שוטף למבטחים בפוליסה כמפורט להלן:

15.1 היועץ ישמש כלשכת שרות מרכזית למבטחים בכל שאלה או הבהרה הקשורה לכיסויי הביטוח ו/או תנאיו, וכן בטיפול שוטף בתביעות המבטחים מול חברות הביטוח הכולל מענה למבטחים לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור להסכם הביטוח ו/או הפוליסה.

- 15.2 בירורים מול המבטח בקשר לזכויות והחלטות על פי הפוליסה ומתן חוות דעת למבוטחים לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה.
- 15.3 סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה ו/או תלונה של מבוטחים הקשורה בנהלי המבטחים והשירות הניתן על ידם.
- 15.4 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטחים לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ.
- 15.5 המבטחים יעבירו ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי המבטח שלא באמצעות המבוטח ובכפוף להוראות הדין.
- 15.6 היועץ יהיה מוסמך לדון עם המבטחים לגבי כל תביעה, למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

16. מתן מסמכים והודעות למבוטח – סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתית

16.1

(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 הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד 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.

16.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחזזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

16.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החזזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחזזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

16.4 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 מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(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.

16.4.1 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.

16.4.2 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או

לחלק מהמבוטחים, ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את 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.

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

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

17. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח 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 מבוטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

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

18. תנאי הצמדה למדד

18.1 סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.

18.1.1 "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.

18.1.2 "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 15/06/2025.

18.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד הידוע ביום התשלום בפועל.

18.2 דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים

למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.

18.3 חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

18.4 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח ו/או ע"י המבטחים באמצעי גביה אישי, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

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

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

20. החברה אינה אחראית לשירותים הרפואיים ולתוצאותיהם

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

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

21. גבול אחריות החברה מחוץ למדינת ישראל

אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים שאושרו לטיפול בחו"ל עפ"י תנאי הפרקים הרלוונטיים. למעט מדינות אויב ו/או בשטחים שבשליטת ו/או ניהול הרשות הפלסטינאית יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 יום ברציפות, יהא המבטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה. חזר המבטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטח תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.

22. חריגים כלליים

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

החברה לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי ביטוח זה כל תביעה, כולה או מקצתה, הקשורה ב:

- 22.1 מקרה הביטוח ארע לפני מועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.
- 22.2 מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח שארע מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 22.3 מקרה הביטוח ארע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 22.4 מקרה הביטוח נגרם עקב נסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת.
- 22.5 טיפולים נפשיים.
- 22.6 מקרה הביטוח נגרם עקב אלקוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה

על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.

- 22.7 מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בו השתתף המבוטח.
- 22.8 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רחיפה, דאיה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה עם בלונים.
- 22.9 סייג/חריג מצב רפואי קודם:
- החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי פוליסה זו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- מצב רפואי קודם משמעו – מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו אצל כל מבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
- לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב- 6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח של כל מבוטח.
- חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח כדלקמן: לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח – למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.
- לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח למבוטח – למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.
- על אף האמור לעיל, סייג לחבות החברה או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים. כאשר אין מצוינת התקופה לצד אותו מצב רפואי מסוים, יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- על אף האמור לעיל, סייג בשל מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה על מצב בריאותו הקודם, והחברה לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את מצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

רובד בסיס

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1. הגדרות

1.1 השתלה

השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות כמפורט באחד מסעיפים 1.1.1 - 1.1.3:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין שאישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלת לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;

בנוסף, השתלה על פי סעיף זה, תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של רחם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם וכן השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים המפורטים לעיל וכן השתלת איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת, לרבות השתלת איברים שגודלו במעבדה.
יובהר כי השתלה חוזרת תחשב למקרה ביטוח חדש.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;

1.1.3 **בנוסף**, השתלה על פי סעיף זה תכלול גם כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של מעי, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם;

1.1.4 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו;

1.2 טיפול חלופי בישראל

טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

טיפול מיוחד מחוץ לישראל

טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח (למעט השתלה כהגדרתה לעיל), שרופא מומחה בישראל מטעם המבוטח בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו אחד מהתנאים הבאים המפורטים בסעיפים 1.2.1-1.2.6 לפחות:

1.2.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל;

1.2.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו;

1.2.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג, ארוך באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח;

1.2.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל;

1.2.5 בנוסף, 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 בנוסף, הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.

1.3 רופא מומחה בישראל

רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;

1.4 תקופת אכשרה

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לפרק זה בפוליסה והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל. **בנוסף**, עבור מבטחים קיימים: מקרה הביטוח הוא ביצוע השתלה, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

3. כיסוי ביטוחי

פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יכלול כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1 **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3.

3.2 **להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.1, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 4.2 וכן פיצוי כמפורט בסעיף קטן 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1 עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.1 – עד **5,000,000 ₪**;

3.2.2 עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.2 – עד **3,000,000 ₪**;

3.2.3 עבור השתלה כהגדרתה בחלופה בסעיף 1.1.3 – עד **1,000,000 ₪**.

3.3 **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.2.2 עד 4.2.7.

3.4 **עבור טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 4.1.2 עד 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים קטן 4.2.2 עד 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על **1,200,000 ₪**.

4. התחייבות החברה

יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח.

4.1 בקורות מקרה הביטוח החברה תשלם תגמולי ביטוח בגין ההוצאות המפורטות להלן – **שיפוי מלא**, בכפוף להוראות ולתקרות סכומי הביטוח המפורטים בסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:

4.1.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;

4.1.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;

4.1.3 הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;

- 4.1.4 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח ומלווה אחד. במקרה של קטין המלווה השני יהיה זכאי להוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים.
- 4.1.5 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, אל שדה התעופה בישראל וממשדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
- 4.1.6 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.1.7 הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;
- 4.2 להוצאות המפורטות להלן – **שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצדן**, ובכפוף לסעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.2.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם והוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל – עד **300,000 ₪**;
- בנוסף, הוצאות לאיתור איבר להשתלה, הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים הלך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין למבוטח ולשני מלווים ועד תקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.2 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלך ושוב לחו"ל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים של מבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע הבדיקות עד **200,000 ₪**.
- בנוסף, יינתן כיסוי לשני מלווים אם המבוטח הוא קטין, נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח בעלות הטיסה והכל עד לתקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.3 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל, שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה – עד **500,000 ₪**;
- 4.2.4 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד **100,000 ₪**; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא;
- 4.2.5 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל – עד **1,500 ₪** ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד **2,500 ₪** ליום למבוטח ולשני מלווים;
- 4.2.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, עד **200,000 ₪**.
- בנוסף, הכיסוי יכלול מעקב, ביקורת ובדיקות שנעשות בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי כולל הוצאות טיסה ושהיה למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין שני מלווים והכל עד לתקרת הכיסוי הנקובה בסעיף זה.
- 4.2.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה **200,000 ₪**;
- 4.2.8 בנוסף, תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בפועל מחוץ לישראל עד לתקרת הסכום של **150,000 ₪**.
- 4.3 להוצאות המפורטות להלן – פיצוי לפי סכומים המופיעים לצדן, ובכפוף להוראות סעיפים קטנים 3.1-3.4 לעיל:
- 4.3.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו – **5,500 ₪**; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים – **3,750 ₪** לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" – מבוטח שקיבל אישור של

המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;

4.3.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, למעט השתלת מח עצם עצמית - **₪ 6,500** למשך תקופה של 24 חודשים;

4.3.3 בנוסף, גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלת מח עצם עצמית בארץ או בחו"ל - **₪ 4,000** למשך 3 חודשים.

4.3.4 בנוסף, תשלום פיצוי בסך **₪ 10,000** בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.

4.3.5 בנוסף, תשלום פיצוי במקרה מוות כתוצאה מההשתלה או כתוצאה מהטיפול המיוחד בחו"ל בסך **₪ 150,000**.

4.3.6 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך **₪ 350,000**;

4.3.7 פיצוי לפני ביצוע השתלה - מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטח על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך של **₪ 350,000** למעט במקרה של מח עצם או מח עצם עצמי. 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, 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.

4.4 החזר הוצאות נלוות לטיפול ניסיוני בחו"ל: נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת הסרטן 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:

4.4.1 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 **₪ 50,000**.

4.4.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך 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.

4.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצוות 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**.

4.4.4 תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע הטיפול הניסיוני ועד **₪ 100,000**.

4.4.5 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של **₪ 1,500** ליום למלווה ועד **₪ 2,000** ליום לשני מלווים.

5. חריגים

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה להשתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל מחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

5.1 מקרה הביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

5.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

5.3 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

- 5.4 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 5.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
- 5.7 טיפולי רפואה משלימה;
- 5.8 טיפולים נפשיים;
- 5.9 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל:
- 5.9.1 טיפול מיוחד מסיבה של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה;
- 5.9.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.
- 5.10 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

פרק ב' - ביטוח תרופות מחוץ לסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות נוספות לפרק זה

- 1.1 **בדיקה גנטית**
בדיקה גנומית מולקולריות או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכמיות), שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- 1.2 **בנוסף**, יכוסו גם בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, 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 או הישנות מחלה 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. יובהר כי לא יכוסו בדיקות גנטיות לתזונה מותאמת אישית.
- 1.3 **טיפול תרופתי**
נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
- 1.4 **מדינות מוכרות**
ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 1.5 **מרשם**
מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.6 **סל שירותי הבריאות**
מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.7 **רופא מומחה**
רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.8 **רשות מוסמכת**
הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווק התרופה.
- 1.9 **תקופת אכשרה**
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח;
- 1.10 **המחיר המרבי המאושר לתרופה**
הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.11 **תרופה**
חומר כימי או ביולוגי ושנועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו כתוצאה ממחלה או תאונה;

בנוסף, כתרופה יחשב גם תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי שנועד לאבחון וטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותו ו/או התפתחותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, וכן להקלה על סימפטומים רפואיים.

1.12 תרופת יתום
תרופה לטיפול במחלה נדירה;

1.13 תרופה מיוחדת
תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח סעיף 29א(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

1.14 תרופה ניסיונית
תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתיקיים לגביה אחד מהבאים:

1.14.1 תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו;

1.14.2 תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו, אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה רפואיות מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

1.14.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;

1.15 תרופה Off Label
תרופה שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:

1.15.1 פרסומי ה-FDA;

1.15.2 American Hospital Formulary Service Drug Information;

1.15.3 US Pharmacopoeia - Drug Information;

1.15.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:

1.15.4.1 עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;

1.15.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B;

1.15.4.3 יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa.

1.15.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מהבאים לפחות:

1.15.5.1 NCCN;

1.15.5.2 ASCO;

1.15.5.3 NICE;

1.15.5.4 Esmo Minimal. Recommendation

2. מקרה הביטוח
מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

2.1.3 תרופה OFF LABEL;

2.1.4 תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח,

2.1.5 תרופה מיוחדת;

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי ותגמולי הביטוח

3.1 פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת הביטוח, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 עד 2.1.4 – עד **3,000,000 ₪**.

3.1.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 – עד **1,000,000 ₪**, ולא יותר מ- **200,000 ₪** בחודש.

3.1.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי – עד **500 ₪** ליום ועד 60 ימים.

3.1.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 – עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- **40,000 ₪** עבור כל מקרה ביטוח.

3.1.5 תקרות הסכומים המפורטות בסעיפים 3.1.1-3.1.4 לעיל יתחדשו אחת לכל תקופה של שנתיים, שתחילתה במועד תאריך תחילת הביטוח של הפוליסה לכלל המבוטחים.

3.2 סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המירבי המאושר לתרופה. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המירבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מירבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום שיפוי לפי המחיר המירבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

3.3 בנוסף – דחתה חברת ביטוח 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

בנוסף לחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה, פרק זה לתרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות מחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

4.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

- 4.2 טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה שאינה נובעת מצורך רפואי.
- 4.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים למעט כאשר מדובר בחולה אונקולוגי;
- 4.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו.
- 4.5 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7 תרופה ניסיונית למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה;
- 4.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה;
- 4.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, Anti-Aging או תוספי מזון למעט אם תוספי המזון או הוויטמינים ניתנו כחלק מתכנית הטיפול התרופתי לטיפול במחלה אונקולוגית.
- 4.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהם נשאים או חולים;
- 4.11 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;
- 4.12 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 4.13 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 4.14 קנבוס – כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים (נוסח חדש), התשל"ג – 1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.
5. **השתתפות עצמית**
- 5.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1-2.1.5 לעיל – **200 ₪** לתרופה, לאותו חודש, ולא יותר מ- **400 ₪** בגין מספר תרופות בחודש.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית עבור תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- **5,000 ₪** ו/או לתרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן.

פרק ג' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. **הגדרות**
 - 1.1 **התייעצות**

התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
 - 1.2 **טיפול מחליף ניתוח**

טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי 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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
 - 1.4 **ניתוח מורכב**

ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים ברצף לפחות;
 - 1.5 **רופא מומחה**

רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
 - 1.6 **רופא מומחה בישראל**

רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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;
 - 1.7 **שתל**

כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי; בנוסף, כשתל יחשב גם 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 הידבקות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס), פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל).

תקופת אכשרה: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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**

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.

לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

בנוסף, עבור מבטחים קיימים:

ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח, שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח, טרם נסיעתו של המבוטח

מחוץ לישראל ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו, אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.
לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. כיסוי ביטוחי

בקורות מקרה הביטוח יכלול פרק זה כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1 **לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6.

3.2 **עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף קטן 3.5 ופיצוי כמפורט בסעיף קטן 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל; לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות;

3.3 **לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח** – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים קטנים 3.4.1 ו- 3.4.2 להלן ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל, במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

3.4 בקורות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי מלא** עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1-3.3 לעיל:

3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל;

3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז **עד לתקרה של 40 ימים** כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, לרבות אשפוז בטיפול נמרץ ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח וכן במהלך האשפוז, בדיקות פתולוגיות ו/או בדיקות אחרות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;

3.4.3 עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח;

3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים – ישופה המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, בגובה ההוצאה בפועל.

3.4.5 הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;

3.5 בקורות מקרה הביטוח יינתן **שיפוי עד לגובה הכיסוי** ותקרת הסכומים המפורטים לצדן עבור ההוצאות המפורטות להלן ובכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו- 3.2 לעיל:

3.5.1 הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל – עד **1,200 ₪** לכל התייעצות;

- 3.5.2 הוצאות בגין התייעצות אחת בקשר לניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל – עד **5,000 ₪**.
- 3.5.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד **100,000 ₪**; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת על ידי החברה – כיסוי מלא;
- 3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות – עד **200,000 ₪**;
- 3.5.5 הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח – עד **60,000 ₪**;
- 3.5.6 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:
- 3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב – עד **650 ₪** ליום;
- 3.5.6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב – עד **1,000 ₪** ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד **1,500 ₪** ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום;
- 3.5.6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב – עד **250 ₪** לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול;
- 3.5.6.4 הוצאות עבור מוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה – עד **600 ₪** לכל יום;
- 3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכחמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח – עד **100,000 ₪**;
- 3.6 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח תשלם החברה למוטב, אותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה **150,000 ₪** גובה הכיסוי לנפטרים מתחת לגיל 21 יהיה 50% מסכום זה.

4. חריגים מיוחדים

- בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על-פי פרק זה במקרים הבאים:
- 4.1 מקרה הביטוח שאירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 4.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים;
- 4.3 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;
- 4.4 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.5 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 4.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 4.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון, והפלה למעט אם ההפלה נדרשת מסיבות רפואיות;

- 4.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.8.3 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/יים; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר מסיבה רפואית, ניתוח לרבות טיפול או הזרקות למניעה של הזעת יתר למבוטח המועמד לניתוח; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, שברים, תאונות ו/או ניתוח שבוצע בתקופת הביטוח, כמו כן ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הדווצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי;
- 4.9 טיפולי רפואה משלימה;
- 4.10 טיפולים נפשיים;
- 4.11 פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 4.12 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;
- 4.13 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980 ;
- 4.14 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה (למעט הזרקות לעיניים, לעמוד שדרה, או לאיברים פנימיים), הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: CT ו MRI , אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

פרק ד' - שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות מיוחדות

1.1 "בדיקות אבחנתיות"

בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), בארץ או בחו"ל (למעט בדיקות מעבדה הנכללות בסל ההיריון כמפורט להלן), כולל בדיקות רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), למעט בדיקת אולטרה סאונד בהריון שמכוסה תחת סל ההיריון כמפורט להלן, לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שהבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית, הבדיקה תכוסה גם אם המרכיב המעבדתי מבוצע בחו"ל. יובהר כי מדובר על שליחת ממצאי מעבדה לחו"ל ולא הטסתו של המבוטח לחו"ל. במסגרת כיסוי זה לא תכוסה בדיקה לאבחון בעיות התפתחות הילד.

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, VERIFI לסוגיה ואחרים.
- 1.3.9 שימור דם טבורי
- 1.3.10 כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.

1.4 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני, אחרי 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

1.6 "פיזיותרפיה"

טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

1.7 "בדיקה פתולוגית"

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.

2. **מקרה ביטוח**
ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל ו/או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.
שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן אשר המבוטח נזקק להם כתוצאה מבעיה רפואית, או מבטחת הזקוקה להם בעת היריונה או בקשר להריונה.
3. **תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח**
בקורות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות אם הגיעה איתו להסכמה עד לתקרת הסכום כמופיע בכיסויים המפורטים להלן.
- 3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות או אבחונים בשנת ביטוח אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי (למעט מקרה ביטוח שקשור להריון), פרמקולוג, פסיכיאטר, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות עד תקרה של **1,150 ₪** ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון של המבוטחת והתייעצות 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 רפואית מורחבת:** המבטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת (להלן: השירות) ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל ו/או 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. מטרת חוות הדעת או המחקר רפואי האישי הוא קביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, עד **7,000 ₪** לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל לקבלת חוות הדעת, ישולם גם החזר בגין הוצאות טיסה הלוח וחזור עד סכום של **5,000 ₪**. מובהר כי שירות שישולם במסגרת פרק זה, לא יכוסה גם במסגרת בפרק אחר בפוליסה ולא יהיה כפל תשלום בגין שירות זה.
- 3.3 **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל, סכום הביטוח המרבי לכל בדיקה עד **6,800 ₪** בגין בדיקות הדמיה ועד סך של **4,500 ₪** בגין כל שאר הבדיקות (שאינן הדמיה) לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית הפעילה.
- 3.4 **בדיקות גנטיות ו/או פתולוגיות:** בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח, כולל בדיקות גנטיות לאבחון ו/או מניעה של מחלה אצל המבוטח על רקע של מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה. המבטח ישפה את המבוטח לא יותר מסכום של **15,000 ₪** בתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. בסעיף זה לא יכוסו בדיקות גנומיות או גנטיות המכוסות בפרק התרופות בפוליסה זו. לא יאושרו תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה מי שפיר
- 3.5 **חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** מבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, 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, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד **5,000 ₪** לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

- 3.6 **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%.
- 3.7 **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולי פיזיותרפיה, לרבות טיפול בהדרכה דיגיטלית מכוונת ו/או טיפולי הידרותרפיה במים מתוקים או מלוחים. עד **230 ₪** לטיפול ולא יותר מ- 12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובכפוף להמלצת רופא מומחה.
- 3.8 **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:** 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 **5,500 ₪** למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.
- 3.9 **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מסכום בסך **4,500 ₪** לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.
- 3.10 **טיפול פרייון 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 פרייון להם נדרש המבוטח/ת עקב בעיה רפואית, 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 הקפאה ו/או קבלה של תרומת ביצית ו/או רכישת זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע ו/או הקפאת ו/או רכישת עוברים, למבוטח/ת וכל טיפול שתכליתו כניסת המבוטח/ת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה, וזאת עד תקרה בסך **13,500 ₪** לילד ועד לשני ילדים. על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.
- 3.11 **בדיקות מיוחדות לנשים בהריון:** המבטח ישפה את המבוטחת או אם פונדקאית בתגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או אם פונדקאית, ועד **5,500 ₪** להריון. בגין בדיקות לסיקור גנטי כמוגדר בסעיף 1.4 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ו/או אם פונדקאית עד **1,100 ₪**, בגין ייעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההריון או לאחריו, עד **2300 ₪**. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.
- 3.12 **כיסוי לאביזרים רפואיים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי חרינגס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, פרוטזה חיצונית לשד, תומכים ומגינים לצוואר ולכתף, חגורת בקע, חגורת מתקנת (מילוקי בוסטון), רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים, שתל קוכולארי, בניה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין, סד גבס קל וחגורה אורטופדית. החזר עד 80% ולא יותר מ- **4,000 ₪** לכל תקופת הביטוח בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר.
- 3.13 **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 אובדן 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 בסך **230 ₪** לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח.
- 3.14 **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 אונקולוגים. המבטח ישתתף במימון עלויות ההחלמה עד 80% מהוצאה בפועל ובלבד: במקרה של ניתוח גדול רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, עד לסכום **800 ₪** ליום ועד 14 יום. במקרה של החלמה מסרטן, רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא להחלמה במוסד ההחלמה אונקולוגית ועד לסכום של **800 ₪** לכל יום טיפול ועד 21 ימי טיפול בתקופת הביטוח.

3.15 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, עד הסכום של **170 ₪** לחודש ועד 24 חודשים לכל תקופת הביטוח.

3.16 טיפולים אונקולוגיים: 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 לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימפוליטרציה, טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח בסך **115,000 ₪** לכל שנת ביטוח. 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 לטיפול במחלה אונקולוגית.

3.17 התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב: המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לסכום בסך **230 ₪** לחודש ועד 9 חודשים לתקופת הביטוח ובכפוף לחוות דעת של רופא מומחה בתחום הרלוונטי ובמוסד שיקומי מוכר.

3.18 הדפסת איברים: המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איבר/ים להמחשה, הנדרש/ים 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. מבוטח ישופה 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. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 20% בתקופת ביטוח.

3.19 טיפולים והזרקות למפרקים כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית, סטרואידים, הזרקות PRP וטיפול בגלי הלב או גלים מגנטיים: המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקה חומרי סיכון למפרקים ו/או סטרואידים וחומרי הרדמה מקומית לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של **4,500 ₪** ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% למקרה 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 ובכפוף להוכחת בעיה רפואית פעילה.

3.20 טיפול בהסתיידויות: טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות במפרקים (לרבות בפרקי החוליות) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות, בעצמות (אוסטופיסטים, דורבן) וברקמות הרכות: המבטח ישפה את המבוטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים). המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששולם עבור הטיפול עד **4,000 ₪** למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להוכחת בעיה רפואית פעילה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה.

3.21 טיפול בכאב: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולים הנדרשים להקלה בכאב (לרבות ולא רק כאבי גב פרקים 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 הלב, לייזר, 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 הניורולוגיה 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 ועד **10,000 ₪** לכלל הטיפולים בשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20%. מובהר כי בגין אביזר רפואי המושלם בגופו של המבוטח כגון קוצב נגד כאב או משאבה להזלפת חומרים נוגדי כאב, ישולם החזר בסך של 80% מעלות האביזר ולא יותר מ **3,000 ₪** ובכפוף להוכחת בעיה רפואית פעילה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3.22 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 קיימים) עד סכום מרבי של **5,500 ₪** למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3.23 הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית: המבטח ישפה את המבוטח, עד סכום מרבי של **2,300 ₪** להזרקה ולא יותר מ- **11,490 ₪** לסדרת הזרקות (בגין ההזרקה והחומר המוזרק גם יחד) לתקופת הביטוח 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 זה.

3.24 הזרקות לטיפול בהזעת יתר: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי של **6,000 ₪** למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3.25 הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי של **5,500 ₪** למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

3.26 טיפול בתא לחץ: המבטח ישפה את המבוטח בעבור עלות הטיפול בתא לחץ, עד סכום מרבי של **10,000 ₪** לתקופת ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה זכאי לקבלת הטיפול במקרה בו מצבו הרפואי יחייב טיפול בתא לחץ על פי המלצת רופא מומחה על רקע של פגיעה מוחית, סוכרת, זיהומים, בצקות, נזקי רעלנים, חסימת עורק הרשתית, נמק, ראייה שניזוקה מפגיעה תוך עינית או שמיעה שניזוקה באופן פתאומי ובכפוף לכך שהטיפול בתא לחץ אינו טיפול ניסיוני מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

החזר השתתפות עצמית: בחר המבוטח לקבל את השרות הרפואי המכוסה בפוליסה זו או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לאחד מגורמים אלה ולא יותר מתקרת הכיסוי של שרות זה בפוליסה זו.

4. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על פרק זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

4.1 בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט בדיקות הריון.

4.2 ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.

- 4.3 התאבדות או ניסיון לכך, וכן פגיעה עצמית.
 - 4.4 אלכוהוליזם או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראת רופא.
 - 4.5 טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת ו/או טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת הצהבת לסוגיה השונים.
 - 4.6 מקרה ביטוח שאירע עקב שירות המבוטח בגוף בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתי.
 - 4.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית, או בשל השתתפות המבוטח בפעילות משטרתית או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע, שירות במילואים או צבא סדיר.
 - 4.8 מקרה ביטוח שנגרם או הינו תוצאה של סיבוכי הריון ו/או לידה, פריון ו/או עקרות.
 - 4.9 מקרה ביטוח שאינו נובע מצורך רפואי לרבות מקרה ביטוח הקשור באופן ישיר או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה, לרבות ניתוחי תשבורת (תיקון ראייה) וניתוח להפחתת משקל.
 - 4.10 מקרה ביטוח שנגרם עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 4.11 מקרה הביטוח הינו טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
 - 4.12 מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה אצל המבוטח.
 - 4.13 מקרה הביטוח הינו ביצוע בדיקות או טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות באחת או יותר מהמדינות המוכרות. לעניין זה המדינות המוכרות הן – ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA). לעניין זה טיפול ניסיוני הינו טיפול רפואי ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי ו/או אשר ממומנים על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/ הטיפול.
5. **תקופת אכשרה**
תקופת האכשרה היא בת 90 יום. במקרה של כיסוי הקשור בהיריון ו/או גרידה ו/או לידה ו/או טיפולי פריון תהא תקופת אכשרה של 180 יום. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.

פרק ה' - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן לבעלי שב"ן בקופת חולים עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪

1. הגדרות

בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:

1.1 בית חולים פרטי

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

(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.

1.2 התייעצות

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

1.3 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.

1.4 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.

1.5 ניתוח

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.

1.6 קופת חולים

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.7 רופא מומחה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.

1.8 שתל

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אבזר, 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.

1.9 תקופת אכשרה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח

עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. תגמולי ביטוח

הסדר ניתוח – הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד–1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות – הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד–1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

3.1 החברה תשפה את המבוטח, בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששולם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 3.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 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, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי

בקורות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

4.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות (צמוד למדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

4.2 שכר מנתח; מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן.

4.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, מעבר לזכויות המוקנות במסגרת תכנית השב"ן ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.5 להלן, 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.

4.4 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 המבטחת. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4.5 השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח:

4.5.1 בקרות מקרה ביטוח של ביצוע ניתוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח הסדר ניתוח עמם, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.2 ו- 4.3 לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה **5,000 ₪** (צמוד למדד).

למרות האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית כאמור בגין תשלומים לפי סעיפים 4.2 ו- 4.3 לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

- 4.5.1.1 למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי;
- 4.5.1.2 קיימות למבוטח הוצאות רפואיות מעבר לכיסוי שקיבל מהשב"ן (ובלבד שקיבל כיסוי), בגין ביצוע ניתוח שהינו בהסדר בשב"ן.

4.5.2 במקרה שבו עלות הניתוח של המבוטח נמוכה מ- **5,000 ₪** (צמוד למדד) על פי הסדר ניתוח שיש למבטח עם רופא ו/או מוסד רפואי, יאפשר המבטח למבוטח לבצע את הניתוח על פי עלות הסדר הניתוח שיש למבטח עם אותו רופא ו/או מוסד רפואי, עבור הניתוח של המבוטח.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 4.2, 3 ו- 4.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששולם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

5. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: **"הפסקת החברות בשב"ן"**) ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 3.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

6. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;

6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2 ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

6.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג – 2023.

6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שארע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי;

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 בחוזה ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי, למעט כאמור בסעיף 3.1.2 לעיל.

7. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

קרה מקרה הביטוח, על המבטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם. לא פנה המבטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

8. התחייבות המבטח

המבטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

9. שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי הפוליסה

9.1 פרק זה כפוף לכל התנאים הכלליים.

כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטייה מהאמור בתנאים הכלליים, יחייב לעניין פרק זה רק אם נכלל במפורש בפרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרק זה לבין האמור בפרק אחר של הפוליסה ואו בתנאים הכלליים, יחייבו לעניין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה הוראות פרק זה.

10. תקופת אכשרה

10.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

10.2 על אף האמור בסעיף 10.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

רובד הרחבה

פרק ו' - ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל – ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית לבעלי שב"ן בקופת חולים

1. הגדרות
בפרק זה יחולו ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים ובנוסף, יחולו ההגדרות שלהלן:
 - 1.1 בית חולים פרטי
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:
 - (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.
 - 1.2 התייעצות
התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
 - 1.3 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.
 - 1.4 ניתוח
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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.
 - 1.5 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 קופת חולים
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 - 1.7 רופא מומחה
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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.
 - 1.8 שתל
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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**.
 - 1.9 תקופת אכשרה
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

1.10 הסדר ניתוח

הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 – הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 הסדר התייעצות

הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 – הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח ע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר למבטח יש עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות כמוגדר להלן, לפי העניין.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

2.1 החברה תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל, רק במקרים הבאים:

- 2.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם החברה;
- 2.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם החברה;
- 2.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

2.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן, כהגדרתה בסעיף 5 להלן, או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 2.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי הפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב הפרש האמור בסעיף 2.2 זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

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, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 2.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי

קורות מקרה ביטוח ובכפוף להוראות סעיף 2 לעיל, יהיה זכאי המבוטח כדלקמן:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של **1,500 ₪** להתייעצות (צמוד מדד) אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות. 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.

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 המבטחת. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.5 יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 2, 3.2-3.4 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. זכאות לברות ביטוח

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו ו/או זכאותו של המבוטח בשב"ן מסיבה כלשהי (לעיל ולהלן: "הפסקת החברות בשב"ן") ו/או קיבל המבוטח מהחברה תגמולי ביטוח על פי סעיף 2.1. לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי ללא כל תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים "מהשקל הראשון" תהא למפרע על פי מועד הפסקת החברות בשב"ן.

5. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

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

5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

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

5.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.

5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה

או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

5.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי של המבוטח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

5.9 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

5.10 מקרה ביטוח שאין לחברה לגביו הסדר הסדר ניתוח, עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי למעט כאמור בסעיף 2.1.2 לעיל

6. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

6.1 קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.

6.2 לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

7. התחייבות המבוטח

המבוטח נדרש לפעול למימוש מלוא זכויותיו בשב"ן ולשתף לשם כך פעולה עם החברה, וכן להודיע לחברה בהקדם, ככל שניתן, על כל החלטה של השב"ן הרלוונטי לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצעו לגביו על ידי השב"ן.

8. תקופת אכשרה

8.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

8.2 על אף האמור בסעיף 8.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון

1. על פרק זה יחולו ההגדרות המפורטות להלן, ולא ההגדרות המפורטות בתנאים הכלליים בסעיפים:

1.1 בית חולים פרטי אחד מאלה:

- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013-2014), התשע"ג-2013.
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 התייעצות

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

1.3 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.

1.4 ניתוח

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.

1.5 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 קופת חולים

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

1.7 רופא מומחה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.

1.8 שתל

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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.

1.9 תקופת אכשרה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצורכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

1.10 הסדר ניתוח

הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד

רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציווד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 הסדר התייעצות

הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 – הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבוטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 בקורות מקרה הביטוח, תשלם החברה בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה ולהוראות תוכנית זו את הוצאות השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

3.1.1 **שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ (צמוד מדד) להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות;** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח לגביו נערכה ההתייעצות.

3.1.2 **שכר מנתח.**

3.1.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה,** 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.

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

3.2 התשלומים בגין סעיפים 3.1.2 ו-3.1.3 לעיל, ישולמו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולמו למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים

בנוסף לחריגים בתנאים הכלליים בפוליסה, החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1 מקרה הביטוח אירע למבוטח טרם הצטרפותו לפוליסה, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

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

4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות קוסמטיקה, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.3.2 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.

- 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5 השתלה: לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג - 2023.
- 4.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או שאירע במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- 4.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 .
- 4.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. הודעה לחברה על קרות מקרה הביטוח

- 5.1 קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך לחברה מיד לאחר שנודע לו, ולפנות לחברה בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. על המבוטח למסור לחברה, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדורשים לבירור חבות החברה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה, ככל שיוכל, להשיגם.
- 5.2 לא פנה המבוטח לחברה לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, או לא מסר המבוטח לחברה מידע ומסמכים או לא עזר להשיגם, כאמור לעיל, תהא רשאית החברה להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיתה משלמת החברה לו היה פונה המבוטח לחברה בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהחברה את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

6. תקופת אכשרה

- 6.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים , למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 6.2 על אף האמור בסעיף 6.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק ח' - כתב שירות לאבחון רפואי מהיר

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה, זכאי המבוטח לקבלת השירותים על פי כתבי השירות המצוינים להלן, ועל פי התנאים שנקבעו בין המבטח לבין ספק השירות. אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהא זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן. כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה/תוכנית הביטוח לה צורף.

מובהר כי, השירותים בגין תכנית ביטוח זו, אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך הרפואי. מילים או ביטויים בלשון יחיד כוללים גם לשון רבים וההיפך. התייחסות לאנשים תכלול גם התייחסות לגופים, תאגידים או גופים לא מאוגדים. מילות זכר או נקבה יתייחסו לכל המינים או למין סתמי, לפי העניין.

1. הגדרות

בתכנית ביטוח זו יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

1.1 בדיקות רפואיות אבחנתיות

בדיקות המבוצעות למבוטח במסגרת תהליך אבחון המבוצע מכוח תכנית ביטוח זו, כגון בדיקות פיסיולוגיות, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, למעט הבדיקות המוחרגות בסעיף 4 להלן.

1.2 דף פרטי הביטוח

דף המצורף לתכנית הביטוח, הכולל פרטים הנוגעים לתכנית הביטוח.

1.3 השתתפות עצמית

סכומים בהם מחויב המבוטח לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ תכנית ביטוח זו, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח ישירות לספק השירות.

1.4 החברה

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.

1.5 חג

מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

1.6 ילד מבוטח

מבוטח, שגילו עד 14 שנה.

1.7 מדד

מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

1.8 מדד הבסיס

מדד שערכו 14500 נק' אשר פורסם ביום 15/06/25.

1.9 מדד הקובע

המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.

1.10 מוקד השירות

שירות טלפוני הפעיל בכל ימות השנה (למעט בשבת, ערבי שבת וחג), עד השעה 19:00, שיפעיל ספק השירות עבור המבוטחים לשם קבלת השירותים על פי תכנית ביטוח זו. מספר הטלפון של מוקד השירות של ספק השירות עבור מבוטחי החברה הוא 09-9592927.

1.11 מבוטח

אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא תכנית ביטוח זו, אשר שמו ומספר תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמבוטח בתכנית ביטוח זו.

- 1.12 **ספק השירות**
אנשי הצוות הרפואי, המעבדות, המכונים, האמצעים הטכנולוגיים ועובדי הגוף עימו התקשרה החברה (HMC - הרצליה מדיקל סנטר) לצורך אספקת השירותים כמפורט בתכנית ביטוח זו.
- 1.13 **רופא**
מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) (התשל"ז - 1976).
- 1.14 **רופא מומחה**
רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), (התשל"ג - 1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה).
- 1.15 **רופא ממיין**
רופא מומחה עמו התקשר ספק השירות בקשר למתן השירותים המפורטים בתכנית ביטוח זו.
- 1.16 **תהליך אבחון (Diagnosis)**
תהליך רפואי שעובר מבטח כדי לבצע אבחון של מחלה או הפרעה, על פי סימנים ותסמינים, באמצעות רופא מומחה ובדיקות רפואיות אבחנתיות.
- 1.17 **"תנאים כלליים" ו/או "נספח תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות"**
תנאים כלליים לתוכנית ביטוח בריאות, לרבות, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, התנאים לגבי תקופת הביטוח ומועד כניסת הביטוח לתוקף. התנאים הכלליים המצורפים לתכנית הביטוח מהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.
- 1.18 **תקופת אכשרה**
תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח ממועד כניסתה לתוקף של תכנית ביטוח זו לגבי מבטח, ותסתיים בתום 60 יום. לא תחול תקופת אכשרה כאשר הצורך נובע מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמבטח יצורף לתכנית הביטוח מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. ספק השירות לא יספק שירות כמפורט בתכנית ביטוח זו לפני תום תקופת האכשרה.
2. **הכיסוי הביטוחי**
לאחר תום תקופת האכשרה, המבטח יהא זכאי לתהליכי אבחון כמפורט להלן:
- 2.1 נזקק המבטח לשירות על פי תכנית ביטוח זו, יפנה למוקד השירות ויזדהה בשמו, מספר תעודת הזהות שלו ופרטים אישיים נוספים כפי שיידרש. נציג השירות יקבע למבטח תור להתחלת תהליך אבחון בסיסי כמפורט בסעיף 2.8 להלן כך שתהליך האבחון האמור יחל תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבטח. תנאי לקבלת השירות על פי סעיף קטן זה הינו תשלום השתתפות עצמית בהתאם למפורט בסעיף 5 ובסעיפים 2.8.5 ו 2.9.3.
- 2.2 מבטח אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב במקום ובשעה המיועדים, כפי שנמסרו לו במהלך הזימון, ויביא עמו את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
- 2.3 מבטח אשר זומן לתהליך אבחון, יהא זכאי לביצוע כל הבדיקות הנדרשות המבוצעות אצל ספק השירות, כפי שייקבעו עלפי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממין מטעם ספק השירות, לשם אבחון הבעיה הרפואית בגינה פנה לקבלת השירות. יובהר, שאם במהלך תהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה ו/או הפרעה נוספת על זו שבגינה פנה המבטח לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון לבעיה /ואו המחלה ו/או ההפרעה הנוספת, וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת אותה פניה יחשבו כתהליך אבחון אחד לכל דבר ועניין.
- 2.4 שיחה טלפונית עם רופא:
בנוסף לאמור לעיל, מבטח המעוניין בשיחה טלפונית עם הרופא הממין, בטרם המועד אליו זומן, יעביר לספק השירות את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים, ככל שיש כאלה. לאחר קבלת המסמכים הרפואיים, הרופא הממין ישוחח עם המבטח טלפונית ו/או באמצעי אחר בהתאם לצורך שיקבע על ידי הרופא הממין תוך יום עבודה אחד ממועד קבלת המסמכים. יובהר כי לא תשולם השתתפות עצמית בגין השירות על פי סעיף קטן זה.

- 2.5 בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למבוטח העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות, והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. במידת האפשר, תוצאות בדיקות הדמיה יסופקו למבוטח על גבי מדיה ממוחשבת.
- 2.6 ספק השירות יפעל, בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים, לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות, הנדרשות במסגרת תהליך האבחון, במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. ספק השירות יפעל לביצוע בדיקות שאינן מחייבות הכנה מוקדמת (צום, נטילת תרופות וכיו"ב) במסגרת יום אחד, בכפוף לאילוצים רפואיים. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יבוצעו במועד שייקבע בין ספק השירות למבוטח ובכל מקרה תוך הזמן המפורט בסעיפים 2.7-2.9 להלן.
- 2.7 ספק השירות יפעל להשלים את תהליך האבחון וגיבוש המסקנות תוך מספר הימים הקטן ביותר, בכפוף לאילוצים רפואיים. בכל מקרה לא תעלה התקופה על 3 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.
- 2.8 תהליך אבחון בסיסי
- 2.8.1 במסגרת תהליך האבחון הבסיסי יהא המבוטח זכאי לפגישה ראשונית עם רופא ממיון, אשר יקבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון.
- 2.8.2 הפגישה הראשונית עם הרופא הממיון תתקיים באופן פרונטלי או מקוון בהתאם לצורך הרפואי שיקבע על ידי הרופא הממיון.
- 2.8.3 במקרה של צורך באבחון מצבי תחלואה בתחום הגניקולוגיה (להלן: "אבחון גניקולוגי"), הרופא הממיון יהיה רופא מומחה בתחום הגניקולוגיה.
- 2.8.4 השתתפות עצמית-
על המבוטח לשלם בגין תהליך אבחון בסיסי המתואר לעיל השתתפות עצמית כמפורט להלן:
- 2.8.4.1 בעבור אבחון בסיסי שאינו אבחון גניקולוגי - **₪ 193**
- 2.8.4.2 בעבור אבחון גניקולוגי - **₪ 322**
- 2.8.5 אבחון בסיסי עבור ילד מבוטח עד גיל 14 - למרות האמור בסעיף 2.8 לעיל, במקרה של צורך באבחון לילד מבוטח עד גיל 14, יכוסו הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הבסיסיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המבוטח, תוך פרק הזמן הנקוב לעיל, ובהתאם להפניית רופא מומחה שיציג המבוטח. יובהר כי במסגרת תכנית ביטוח זו, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיון או רופא מומחה מטעם ספק השירות, ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מבוטח עד גיל 14, אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות. על המבוטח לשלם בגין השירות על פי סעיף קטן זה השתתפות עצמית בסך **₪ 161**
- 2.9 תהליך אבחון מקיף
- 2.9.1 במידת הצורך, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממיון, יופנה המבוטח לבדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות לאלו המפורטות בסעיף 2.8 לעיל כגון: MRI, CT, ממוגרפיה, מיפויים, ביופסיות בשד. או כל בדיקה אחרת עליה יחליט הרופא הממיון למעט בדיקת PET CT שלא תכוסה. בדיקות אלו ייקבעו ויבוצעו אצל ספק השירות תוך 3 ימי עבודה. בדיקות גסטרוסקופיה וקולונוסקופיה ייקבעו ויבוצעו אצל ספק השירות תוך 7 ימי עבודה. למרות האמור, במקרים בהם הבדיקה הנדרשת, דורשת היערכות מיוחדת של המבוטח ו/או אינה מתבצעת במתקניו של נותן השירות אלא אצל נותן שירות חיצוני, השירות יינתן לא יאוחר מ 30 ימים ממועד קביעת הצורך לבדיקה על ידי הרופא הממיון.
- 2.9.2 במידת הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הממיון, הרופא הממיון יתייעץ עם רופא מומחה בתחום הרלוונטי בנוגע למצב הרפואי של המבוטח ובסיום הבדיקות וההתייעצות ימסור הרופא הממיון דו"ח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון.

2.9.3 השתתפות עצמית-

על המבוטח לשלם בגין תהליך אבחון המקיף המתואר לעיל השתתפות עצמית כמפורט להלן :

2.9.3.1 בעבור אבחון מקיף שאינו אבחון גניקולוגי - 537 ₪

2.9.3.2 בעבור אבחון גניקולוגי - 752 ₪

יובהר כי ככל שהופנה המבוטח לתהליך אבחון מקיף, לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת עבור תהליך אבחון בסיסי ככל ובוצע וההשתתפות העצמית המפורטת בסעיף זה כוללת גם את השירות המפורט בסעיף 2.8 לעיל.

2.9.4 בדיקות עבור ילד מבוטח עד גיל 14 - למרות האמור בסעיף 2.9.1 לעיל, במקרה של צורך באבחון מקיף לילד מבוטח עד גיל 14, יכוסו הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנוספות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המבוטח, תוך פרק הזמן הנקוב לעיל, ובהתאם להפניית רופא מומחה שיציג המבוטח. יובהר כי במסגרת תכנית ביטוח זו, לא יתקיים תהליך אבחון או ייעוץ עם רופא מומחה על ידי רופא ממין או רופא מומחה מטעם ספק השירות, ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מבוטח עד גיל 14, אלא אפשרות לביצוע בלבד של הבדיקות האבחנתיות הדרושות. המבוטח לא יחויב בהשתתפות עצמית נוספת לזו ששילם עפ"י סעיף 2.8.5.

3. תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת

3.1 הזכות לקבלת השירות על-פי תכנית ביטוח זו הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר קבלת השירות ומותנית בהצגת תעודת זהות, רישיון נהיגה או דרכון)

3.2 לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי תכנית ביטוח זו ללא תאום מראש עם מוקד השירות.

3.3 במקרה שהמבוטח יבקש לבטל את פנייתו לקבלת איזה מהשירותים נשוא תכנית ביטוח זו, יודיע על כך המבוטח למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המבוטח להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו, גם אם מסר על ביטול הפניה למי מנציגי ספק השירות שיצר עמו קשר טלפוני או לנותן איזה מהשירותים על פי תכנית ביטוח זו.

3.4 בכל ענין הקשור בקבלת השירותים על -פי תכנית ביטוח זו על המבוטח לפנות תחילה למוקד השירות.

3.5 המבוטח יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון שלו

3.6 בשבת, בערבי שבת וחג וכל יום לאחר השעה 19:00 לא תתקיים פעילות שירות אבחון

3.7 במקרה שפעילות ספק השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע כתוצאה מפעולות מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, פעולות טרור, איתני הטבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות, יהיו תנאי תכנית הביטוח או כל חלק מהם שספק השירות לא יהא מסוגל לבצע, מושהים עד חלוף המגבלה כאמור.

3.8 יובהר כי החברה לא תהא אחראית על הוצאות שהוציא המבוטח, החורגות מהשירות המפורט בתכנית ביטוח זו והמבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי או פיצוי בגין הוצאות כאמור.

3.9 השירותים נשוא תכנית ביטוח זו יינתנו אצל ספק השירות בלבד, במתקנים אשר יועדו לכך על ידי ספק השירות.

4. חריגים

המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי הביטוח אם במקרים הבאים :

4.1 השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.

4.2 השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא,

4.3 השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.

4.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.

- 4.5 השירות לא יכלול אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים, פה ולסת .
- 4.6 השירות לא יכלול: בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון/ ו/או לידה, פריון ו/או עקרות, בדיקות אבחנתיות בתחום התפתחות הילד, הפרעות קשב, בדיקות גנטיות, אבחון/מעקב/מיפוי אחר נגעי עור.
- 4.7 לא תכוסה בדיקת PET CT .
- 4.8 במסגרת תכנית ביטוח זו, לא יתקיים תהליך אבחון על ידי רופא ממיון או רופא מומחה מטעם ספק השירות ולא יינתן דו"ח אבחון לילד מבוטח עד גיל 14.

5. השתתפות עצמית

- 5.1 המבוטח ישלם השתתפות עצמית בהתאם למפורט בסעיף 2 לעיל, בהתאם לסוג האבחון ו/או הטיפול שעבר .
- 5.2 הסכומים האמורים כוללים מע"מ בשיעור של 17% . היה ויחול שינוי בשיעור המע"מ, ישתנו סכומים אלה בהתאם .
- 5.3 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח, יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למבוטח לאחר שנתנה למבוטח ולחברה הודעה בכתב על כך .
- 5.4 במקרה שהמנוי קיבל התחייבות מקופת החולים בה הוא חבר, למימון בדיקות הדרושות לתהליך האבחון כמפורט לעיל, תופחת ההשתתפות העצמית בהתאם, אך בכל מקרה ישלם המנוי השתתפות עצמית שלא תפחת מ - 193 ₪

6. תנאי הצמדה

- דמי ההשתתפות העצמית ודמי הביטוח בגין תכנית ביטוח זו יהיו צמודים לשיעור המדד הקובע לעומת מדד הבסיס, ויעודכנו אחת לחודש.

מפרט הפוליסה

תקופת הביטוח: 01/07/2025 ועד 30/06/2030 (5 שנים)

מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/07/2025

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתוכנית הביטוח

רובד בסיס - פרמיה חודשית בש"ח		
מימון בשווי של 80% ע"י בעל הפוליסה עבור עובדיו, גמלאים ובני משפחתם		
20% נוספים במימון העובד בגבייה מרוכזת דרך שכר העובד		
קבוצת גיל	משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪	
עובד/ת/גמלאי	263 ₪	
בן/בת זוג, ילד/ה בוגר/ת מעל 25 (כולל), כלות/חתנים	263 ₪	
ילד/נכד עד גיל 25 כולל	45.2 ₪	
רבדי הרחבה ניתוחים בארץ וולנטריים - פרמיה חודשית בש"ח		
דלתא לתוספת במימון העובד בגבייה אישית		
קבוצת גיל	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית	שקל ראשון ללא השתתפות עצמית
0-25	1 ₪	1.5 ₪
26-30	8 ₪	12 ₪
31-40	10 ₪	16 ₪
41-50	14 ₪	23 ₪
51-60	20 ₪	33 ₪
61-70	48 ₪	80 ₪
+ 70	58 ₪	96 ₪

- מדד יסודי - המדד אשר פורסם ביום 15/06/2025 שערכו 14500 נק'
- ילד עד גיל 25 (כולל).
- ילד שלישי ואילך במשפחה - חינם.

טופס תביעה להשתלה, טיפול מיוחד בחו"ל וניתוחים בחו"ל
 באמצעות פקס: 03-7606744 או באמצעות דוא"ל: t-surg@menora.co.il
 לפניות ובירורים בנושא תביעה - מוקד שירות לקוחות בטלפון: 03-7107957 או *2000

אופן הגשת התביעות

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

- יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקיו - חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח, יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
 - חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו') בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
 - חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
- כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
- במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
- תשובה תשלח למבטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.
- ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.
- שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.
- את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

*בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון *2000 או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה,

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.

- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
 - חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
 - חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29' וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה + אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר)
- במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.

ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ – מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

*בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון *2000 או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה,

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או 2000 * או באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744.

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*.

2. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.

- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
- חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
- חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח
- חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.

3. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל. *בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000 * או בדוא"ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה.
- חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית, (לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה).

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה.
- חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית, (לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה).

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי המבוטח.

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה. יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטחת. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה.
- חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית, (לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית).

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה.
- חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), (לרבות הפניה לביצוע הטיפול).

חלק ג' קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל. *למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה. טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

**לפרטים ומידע נא לפנות
ליחידת רווחה ובקורות**

יהודית פרידמן טל' : 2924

ודניאלה זיני טל' : 2983

מתקדמים בטוח.



מוקד שירות לקוחות ארצי 2000 *

www.menoramivt.co.il