

# פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם

מהדורת 2020



## תוכן עניינים

עמוד

2 דברי פתיחה

3 אופן הגשת תביעה

4 ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"

6 פירוט הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

15 תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי

### רובד בסיס

37 פרק א' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

42 פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

46 פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

49 פרק ד' - שירותים אמבולטוריים

פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - משלים שב"ן (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח במקרה בו הכיסוי יינתן ע"י המבטח ללא מעורבות השב"ן) 54

### רובד הרחבה

פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - "מהשקל הראשון" (בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח לניתוח או לטיפול מחליף ניתוח) 58

## **עובדים וגמלאים יקרים,**

מצורפת לעיונכם חוברת המפרטת את סל השירותים ותנאי הפוליסה של ביטוח הבריאות החדש. הביטוח הנו לתקופה של 5 שנים, מיום 1.4.2020 עד 31.3.2025, באמצעות חברת הביטוח "איילון".

**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 מכריז, שנערך בין חברות הביטוח המובילות בישראל, ומו"מ להשגת תנאים משופרים. בעת בניית הפוליסה החדשה, שמנו לעצמנו למטרה לשמור ככל הניתן, את הכיסויים הביטוחיים שהיו קיימים בפוליסה הקודמת, תוך התאמה לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח, שיפור ושדרוג הפוליסה, וזאת ללא חריגה ממסגרת התקציב הקיימת.

עם זאת, שינויים ברגולציה ושינויים בתמחור הפוליסה חייבו אותנו לבצע מספר שינויים כמפורט להלן:

- בשל תקנה רגולטורית, מבוטח שלא תובע את חברת הביטוח בגין ניתוח, לא יקבל פיצוי כספי בגין אי מימוש הפוליסה.

- הממונה על הביטוח אסר להכניס כתבי שרות לפוליסה, ולפיכך כל כתבי השרות שהיו כלולים בפוליסה הקודמת לא יחודשו בפוליסה החדשה, ובכלל זה רופא עד הבית.

- פרק הניתוחים והטיפולים מחליפי ניתוח בארץ בפוליסה החדשה, הנו הנוסח האחיד שנקבע ע"י הרגולטור בפברואר 2016 ולא ניתן לשנותו.

פרק הניתוחים והטיפולים מחליפי ניתוח בארץ הינו פרק חשוב ומשמעותי, אך הוא התייקר מאוד בשנים האחרונות.

על מנת שנוכל להשאיר פרק זה במסגרת הכיסויים של הפוליסה, תוך שמירה על מסגרת התקציב, הוחלט להוסיף השתתפות עצמית למבוטח בעת ביצוע ניתוח, שלא באמצעות רופא הסדר של הביטוח המשלים של קופ"ח (השב"ן).

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

בטלפון: 072-2227654 בימים א'-ה', בין השעות 08:00-16:00

או בדוא"ל: [tviot\\_briut@ayalon-ins.co.il](mailto:tviot_briut@ayalon-ins.co.il).

נציג שירות ייעודי של איילון יעמוד לרשותכם, בכל יום ג' בשבוע (למעט חגי ישראל)

בשעות: 11:00-13:00 בטלפון: 072-2228682.

בנוסף, ניתן לפנות גם לגב' ברונה ידידה ממשרד היועצים "פרש קונספט",

בטלפון: 073-2391618 | פקס: 073-2391603 או דוא"ל: [bronya@udif.co.il](mailto:bronya@udif.co.il).

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

**בברכת בריאות איתנה לכם ולבני משפחותיכם**

**יוסף פרוור**

**יו"ר ועדת ביטוחים**

### בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבטוח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבטוח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה.

### מה לעשות במקרה של תביעה?

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, באזור האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).**
2. **מייל להתכתבות -** במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול -** יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול / טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18 -** במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים -** יש להעביר למייל [mail-briutms@ayalon-ins.co.il](mailto:mail-briutms@ayalon-ins.co.il). לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות -** יש להעביר למייל [tviot\\_briut@ayalon-ins.co.il](mailto:tviot_briut@ayalon-ins.co.il).
7. **בירור סטטוס תביעה -** יש לפנות למוקד השירות בטלפון 072-2227654 או למייל [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il) וגם באזור האישי באתר המבטוח.

**הבהרה:** יש לשמור את כל המסמכים שנשלחים לחברת הביטוח עד סיום הטיפול בתביעה.

## גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

תמצית תנאי הפוליסה	
<b>שם הביטוח</b>	פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי / גמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם.
<b>סוג הביטוח</b>	השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, שירותים אמבולטוריים, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪, אפשרות להרחבת הכיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪.
<b>תיאור הביטוח</b>	<p><b>רובד בסיס</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - פרק א</li> <li>• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב</li> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג</li> <li>• שירותים אמבולטוריים - פרק ד</li> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ (לניתוחים אשר יבוצעו ללא מעורבות השב"ן) - פרק ה</li> </ul> <p><b>רובד מורחב</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול "מהשקל הראשון" בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח - פרק ו</li> </ul>
<b>תקופת הביטוח</b>	5 שנים. מיום 01.04.2020 ועד ליום 31.03.2025
<b>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</b>	<p><b>תנאים כלליים - סעיף 22</b></p> <p><b>פרק ב - סעיף 4</b></p> <p><b>פרק ג - סעיף 1.5</b></p> <p><b>פרק ה - סעיף 6</b></p> <p><b>פרק ו - סעיף 4</b></p>
<b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></b>	<p><b>פרק ד - 90 יום.</b> למעט התפתחות הילד והריון ולידה אשר לגביהם תקופת אכשרה 180 ימים.</p> <p><b>פרק ה , ו - 90 יום.</b> למעט הריון או לידה תהא תקופת אכשרה 12 חודשים.</p>
<b>השתתפות עצמית</b>	<p><b>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות -</b> השתתפות עצמית 150 ₪ למרשם לעד 3 חודשים. אך לא יותר מסך כולל של 300 ש"ח לחודש עבור כל המרשמים ביחד. <b>סעיף 3.3 -</b> השתתפות עצמית 15%.</p> <p><b>פרק ג - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיפים 1.4.6.1, 1.4.7 -</b> השתתפות עצמית 20%.</p> <p><b>פרק ד - שירותים אמבולטוריים - סעיפים: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.8, 3.14, 3.15, 3.22, 3.23 -</b> השתתפות עצמית 20%.</p> <p><b>סעיף: 3.9 -</b> השתתפות עצמית 15%.</p> <p><b>סעיפים: 3.10, 3.11, 3.12, 3.13 -</b> השתתפות עצמית 25%.</p> <p><b>פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן -</b> השתתפות עצמית של 3,000 ₪, במקרה ביצוע הניתוח ללא מעורבות השב"ן.</p> <p><b>פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול מהשקל הראשון -</b> השתתפות עצמית של 3,000 ₪.</p>

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

רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.		<b>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</b>
דמי הביטוח החדשיים בש"ח יהיו כלהלן:		<b>עלות הביטוח</b>
<b>תוספת פרמיה להרחבה (פרק ו) מסלול ניתוחים מהשקל הראשון - השתתפות עצמית ₪ 3,000</b>	<b>רובד בסיסי (פרקים א-ה) מסלול ניתוחים משלים שב"ן - השתתפות עצמית ₪ 3,000</b>	<b>מבוטחים</b>
₪ 6	₪ 183	עובד/ת, גמלאי/ת
₪ 6	₪ 183	בן/בת זוג
₪ 1.20	₪ 36.60	ילד/נכד עד גיל 25
₪ 6	₪ 183	ילד/נכד מעל גיל 25
* ילד /נכד - עד גיל 25.		
* ברובד בסיס - ילד שלישי ואילך - חינם.		
מדד 12427 שפורסם ביום 15.03.2020. הפרמיה תהיה צמודה למדד פעם בשנה בתום כל שנת ביטוח.		<b>מדד הבסיס של הפרמיה</b>
פרמיה קבועה לפי הטבלה שלעיל, למעט מעבר מילד לבוגר. שינוי פרמיה יחול גם במקרה של התאמת פרמיה בהתאם לתנאי ההסכם.		<b>מבנה הפרמיה</b>

## תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>פרק א - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b>		
<p><b>השתלות בארץ ובחו"ל טיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל - סעיף 3.1</b></p> <p><b>ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל - סעיף 3.2</b></p>	<p>ביצוע השתלה כפי שנקבע ע"פ המלצת רופא מומחה.</p>	<p>בוצעה השתלה בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא.</p> <p>בוצעה השתלה בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד תקרה של 5,000,000 ₪</p>
	<p>ביצוע ניתוח/טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע ע"י רופא מומחה.</p>	<p><b>בוצע טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא.</b></p> <p><b>בוצע טיפול /ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד תקרה של 1,000,000 ₪.</b></p>
<p><b>הוצאות רפואיות נלוות לפרק השתלות - סעיפים 3.4.1 - 3.4.9</b></p>	<p>• כיסוי הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי.</p>	<p>עד תקרה של 300,000 ₪</p>
	<p>• כיסוי הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת בקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום הביצוע ההשתלה.</p>	<p>עד תקרה של 200,000 ₪.</p>
	<p>• הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה, כולל ליווי רופא וציוד רפואי, והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.</p>	<p>עד תקרה של 100,000 ₪.</p>
	<p>• הוצאות שהייה בחו"ל של המבוטח ומלווה, במידה והמבוטח קטין - לשני מלווים עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.</p>	<p>1,000 ₪ למלווה אחד, או 1,500 ₪ לשני מלווים ועד תקרה של 240,000 ₪.</p>
<p>• הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע של טיפול זה בחו"ל.</p>	<p>עד תקרה של 150,000 ₪.</p>	
<p>• כיסוי הוצאות לטיפול המשך הנעשים בארץ או בחו"ל לרבות טיפול תרופתי וטיפול משקם.</p> <p>• כיסוי הוצאות להעברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או טיפול מיוחד.</p>	<p>כיסוי מלא.</p>	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
	<ul style="list-style-type: none"> <li>כיסוי עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</li> <li>תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל כולל הוצאות טיסה ושהיה. עד שנה ממועד ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.</li> </ul>	<p>עד תקרה של 150,000 ₪.</p> <p>עד תקרה של 50,000 ₪.</p>
<b>פיצוי לפני ביצוע השתלה</b> <b><u>סעיף 3.6.1</u></b>	פיצוי חד פעמי למבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת למעט השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית. <b>בכפוף להמצאת אישור מהמרכז להשתלות על הצורך בביצוע השתלה.</b>	350,000 ₪.
<b>פיצוי לאחר ביצוע השתלה</b> <b><u>סעיף 3.7.1</u></b>	פיצוי חד פעמי למבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת, והציג מסמכים רפואיים המעידים שעבר השתלה.	350,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בחו"ל. 100,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ.
<b>גמלת החלמה למועמד להשתלה</b> <b><u>סעיף 3.8.1</u></b>	מועמד להשתלה המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל. <b>למעט השתלת מח עצם עצמית. ובתנאי לקבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.</b>	6,000 ₪ לחודש לתקופה שעד לביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.
<b>גמלת החלמה למועמד להשתלה</b> <b><u>סעיף 3.8.2</u></b>	מועמד להשתלה למעט השתלת מח עצם עצמית, השווה באשפוז בבית החולים. <b>ובתנאי לקבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.</b>	3,750 ₪ לחודש לתקופה שעד לביצוע ההשתלה ולא יותר מ-12 חודשים.
<b>גמלת החלמה לאחר השתלה</b> <b><u>סעיף 3.9.1</u></b>	עבר המבוטח השתלה בחו"ל או בארץ.	7,500 ₪ לחודש לתקופה שלאחר ביצוע ההשתלה ולא יותר מ-24 חודשים.
<b>גמלת החלמה לאחר השתלה</b> <b><u>סעיף 3.9.3</u></b>	עבר המבוטח השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית.	4,000 ₪ למשך 3 חודשים.
<b>גמלת החלמה לאחר השתלה</b> <b><u>סעיף 3.9.3</u></b>	למבוטח שתרם איבר לבן משפחה.	5,000 ₪ לחודש למשך 3 חודשים.
<b>טיפול ניסיוני בחו"ל</b> <b><u>סעיפים 3.10.1 – 3.10.5</u></b>	<p>נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל והטיפול ממומן ע"י גורם שלישי יהיה זכאי להשתתפות במימון הוצאות נלוות <b>ובתנאי שלניסוי ניתן כל האישורים הרגולטורים הנדרשים במדינה בה זה מבוצע.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>כיסוי בדיקות רפואיות נלוות שלא מכוסות ע"י הגורם המממן.</li> <li>הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול, עד תקרה של כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה אחד. אם נדרש המבוטח לטיסה במחלקת עסקים בשל סיבות רפואיות, השיפוי יהיה כפול מהסכום של טיסה במחלקת תיירים.</li> </ul>	<p>עד תקרה של 50,000 ₪.</p> <p>עד תקרה של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים במקרה של קטין.</p>



הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>עד תקרה של 100,000 ₪.</p> <p>עד 1,000 ₪ ליום למלווה אחד, ועד 1,500 ₪ ל-2 מלווים במקרה של קט"ן. ועד לתקופה של 60 ימים.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>כיסוי הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי רופא וציוד רפואי, הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.</li> <li>הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול.</li> </ul>	
<p>גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאה הממשית שהוציא המבוטח ועד תקרה של 6,500 ₪ הנמוך מביניהם. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>כיסוי הוצאות חוות דעת רפואית מורחבת, ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי.</li> </ul>	
<p><b>בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</b></p> <p><b>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה;</b></p> <p><b>ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</b></p>		
<p><b>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b></p>		
<p>עד 3,000,000 ₪ לתקופת של 30 חודשים, שלאחריה הכיסוי מתחדש במלואו. בניכוי השתתפות עצמית של 150 ש"ח.</p> <p>עד תקרה של 1,000,000 ₪ לתרופה של סרטן. ועד תקרה של 500,000 ₪ לתרופה שאינה לסרטן.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה.</li> <li>כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות.</li> <li>תרופה המוגדרת כ- off label.</li> <li>תרופת יתום.</li> <li>תרופות מיוחדות מכל סעיף 29 ג'.</li> </ul>	<p><b>תרופות שאינן בסל הבריאות <u>סעיף 3.1</u></b></p>
<p>פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ועד 1,800 ש"ח לחודש.</p>	<p>אם קיבל המבוטח את התרופה באמצעות השב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.</p>	<p><b>תרופה ששולמה באמצעות השב"ן <u>סעיף 3.2</u></b></p>
<p>עד 40,000 ₪ לבדיקה ראשונית למקרה ביטוח. ועד 20,000 ₪ לכל בדיקת המשך. בכפוף להשתתפות עצמית של 15%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>כיסוי לבדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות ו/או בדיקות מולקולריות שמטרתן סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה, כדאיות ומינון נטילת התרופה ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו ע"פ הפניית רופא מומחה בכתב.</li> </ul>	<p><b>בדיקות מעבדה, בדיקות גנטיות ו/או בדיקות מולקולריות <u>סעיף 3.3</u></b></p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
תביעת תרופה שלא בסל הבריאות באמצעות פוליסת ביטוח אחרת שברשותו <u>סעיף 3.6</u>	מבוטח שנזקק לתרופה שלא בסל הבריאות ותבע פוליסת ביטוח אחרת שברשותו לכיסוי עלות התרופה. <b>מבוטח שיבחר במסלול הפיזי כאמור, לא יוכל לתבוע פוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח.</b>	זכאי לפיצוי של 20% מגובה השיפוי במצטבר אותו קיבל במסגרת הפוליסה האחרת בכפוף לכך שמקרה הביטוח מכוסה עפ"י פוליסה זו.
טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה <u>סעיף 3.9</u>	כיסוי לטיפול רפואי הכרוך במתן התרופה.	עד 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 יום.
<b>פרק ג - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b>		
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל <u>סעיף 1.2</u>	ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.	בתיאום הניתוח מראש - שיפוי מלא. לא תואם הניתוח מראש או שהניתוח בוצע אצל מנתח או בית חולים שלא בהסדר - שיפוי עד תקרה של 350,000 ש"ח או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.
הוצאות הטסה רפואית <u>סעיף 1.4.1</u>	במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח.	עד תקרה של 100,000 ₪
הוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל <u>סעיף 1.4.2</u>	במקרה של ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• עד תקרה של 35,000 ₪ הוצאות טיסה למבוטח ומלווה.</li> <li>• עד תקרה של 50,000 ₪ הוצאות טיסה למבוטח ושני מלווים.</li> <li>• 1,000 ₪ ליום הוצאות שהייה למבוטח ומלווה.</li> <li>• 1,500 ₪ ליום הוצאות שהייה למבוטח ושני מלווים.</li> </ul>
הוצאות הטסת גופה <u>סעיף 1.4.3</u>	הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל, אם נפטר חס וחלילה כתוצאה מביצוע הניתוח.	כיסוי מלא
הבאת מומחה מחו"ל <u>סעיף 1.4.4</u>	מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להבאת מנתח מומחה מחו"ל.	עד תקרה של 100,000 ₪

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>הוצאות שהייה לאחר הניתוח</b> <b>סעיף 1.4.5</b>	בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח. זכאי להחזר הוצאות לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים.	עד 700 ₪ למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,000 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-5 ימים.
<b>התייעצות ו/או ביקורת בחו"ל לאחר הניתוח</b> <b>סעיפים 1.4.6.1-1.4.6.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• נזקק המבוטח להתייעצות ו/או ביקורת בחו"ל עם הרופא המנתח, זכאות ל 2 התייעצויות ו/או ביקורות בחו"ל במהלך השנה לאחר ביצוע הניתוח.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה, ובגין הוצאות שהייה.</li> </ul>	עד תקרה של 10,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. עד תקרה של 10,000 ₪ עבור כרטיס טיסה. ועד 10,000 ₪ עבור השהייה שלו ושל מלווה / 2 מלווים לתקופה של עד 5 ימים.
<b>ריפוי בעיסוק עקב ניתוח</b> <b>סעיף 1.4.7</b>	שיפוי בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב ניתוח .	עד תקרה של 180 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים, עד שנה ממועד הניתוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
<b>הוצאות החלמה בעקבות ניתוח</b> <b>סעיף 1.4.8</b>	שיפוי בגין הוצאות שהייה במוסד החלמה עקב ניתוח/ מחליף ניתוח בחו"ל אשר כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים.	עד תקרה של 800 ₪ ליום ועד 5 ימים.
<b>שכר אחות פרטית/ית לאחר ניתוח</b> <b>סעיף 1.4.9</b>	שיפוי בגין הוצאות העסקת אחות פרטית בבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.	עד תקרה של 700 ₪ ליום, ועד 8 ימי אשפוז.
<b>שירותי אמבולנס לבי"ח ובין בי"ח</b> <b>סעיף 1.4.10</b>	שפוי המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו לבית חולים או ממנו או בין בתי החולים בחו"ל.	כיסוי מלא
<b>פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח.</b> <b>סעיף 1.4.11</b>	פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח.	200,000 ₪.
<b>אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח</b> <b>סעיף 1.4.12</b>	פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח.	3,000 ₪ לחודש, ועד 18 חודשים.
<b>פרק ד - שירותים אמבולטוריים</b>		
<b>התייעצויות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח</b> <b>סעיף 3.1</b>	שיפוי בגין 2 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות פרמקולוג, פסיכיאטר וגניקולוג, <b>למעט מעקב שגרתי אצל רופא נשים, רופא ילדים המטפלים בקביעות במבוטח.</b>	עד תקרה של 1,000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>חוות דעת רפואית מורחבת</b> <b>סעיף 3.2</b>	שיפוי בגין חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל, מטרת חוות הדעת או המחקר הרפואי האישי הוא קביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות.	עד תקרה של 6,500 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרה של צורך בהטסה לחו"ל ישולם בנוסף פיצוי עד תקרה של 4,500 ₪.
<b>בדיקות אבחנתיות</b> <b>סעיף 3.3</b>	שיפוי בגין בדיקות אבחנתיות ע"פ הפירוט בסעיף 1.1 בפרק זה.	עד תקרה של 6,000 ₪, לשנת ביטוח בגין בדיקות הדמיה ועד תקרה של 4,000 ₪ לשנת ביטוח בגין שאר הבדיקות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
<b>כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית</b> <b>סעיף 3.4</b>	שיפוי עבור חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית בארץ או בחו"ל לרבות בדיקות פתולוגיות לגבי קביעת טיב הטיפול הכימותרפי לרבות בדיקות הסטולוגיות, ציטולוגיות, אימונוהיסטוכימיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית. <b>ובתנאי שחוות הדעת ניתנה ע"י רופא מומחה בתחום.</b>	עד תקרה של 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>חוות דעת שניה לפענוח של בדיקות הדמיה</b> <b>סעיף 3.5</b>	שיפוי עבור חוות דעת שנייה לפענוח בדיקות הדמיה ע"י רופא רדילוג.	עד תקרה של 3,000 ₪ למקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
<b>טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים</b> <b>סעיף 3.6</b>	שיפוי עבור טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים. <b>ובתנאי שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה.</b>	עד תקרה של 200 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>טיפולים אונקולוגיים</b> <b>סעיף 3.7</b>	שיפוי בגין טיפולים אונקולוגיים שעבר המבוטח בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח. <b>ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע ע"י רופא מומחה בתחום.</b>	עד 100,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
<b>בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות</b> <b>סעיף 3.8</b>	שיפוי בגין בדיקת נשאות גנטית של מבוטח, לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או לבן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה <b>ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו ע"פ הפניית רופא מומחה בכתב, לא יאושר תחת סעיף זה בדיקת מי שפיר או כל בדיקה המחליפה מי שפיר.</b>	עד תקרה של 15,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>טיפול בפצעים פתוחים זיהומיים</b> <b>סעיף 3.9</b>	שיפוי בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ, ו/או מכל סיבה רפואית אחרת.	עד תקרה של 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>מנוי למשדר קרדילוגי</b> <b>סעיף 3.10</b>	שיפוי בגין הוצאות מנוי למשדר קרדילוגי ובתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו. ובתנאי שאובחן במבוטח הצורך בניתוח לב ובתנאי שמצבו הרפואי מחייב זאת.	75% מההוצאה ועד תקרה של 150 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
<b>התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב</b> <b>סעיף 3.11</b>	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח ובתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת ע"פ הוראה רפואית.	75% מההוצאה ועד תקרה של 200 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.
<b>שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול</b> <b>סעיף 3.12</b>	שיפוי בגין הוצאות שהייה במוסד החלמה ובתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול מיד לאחר שחרורו מבית החולים (אשר הגדרתו בסעיף 1.2 בפרק זה) ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימותרפי ו/או הקרנות ובתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת ע"פ הוראה רפואית.	75% מההוצאה ועד תקרה של 700 ₪ ליום, ועד 14 ימים.
<b>טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה</b> <b>סעיף 3.13</b>	שיפוי בגין עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה. ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו ע"פ הפניית רופא מומחה.	עד תקרה של 4,000 ₪ לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.
<b>שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי</b> <b>סעיף 3.14</b>	שיפוי בגין הוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה שניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד.	עד תקרה של 200 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>אביזרים רפואיים</b> <b>סעיף 3.15</b>	שיפוי בגין הוצאות עבור אביזר רפואי כגון: מכשיר ליישור גב למבוטח עד גיל 18, CPAP, BPAP, פרוטזה חיצונית לשד, סד גבס קל, מכשיר אינסולין, פאה לחולה אונקולוגית, נעלים אורטופדיות רפואיות לחולי סוכרת ועוד.	עד תקרה של 3,000 ₪ לתקופת בדיקה, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>הזרקת חומרי סיכון למפרקים</b> <b>סעיף 3.16</b>	שיפוי בגין עלות הטיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 4,000 ₪ למקרה ביטוח.
<b>טיפול בגלי הלם</b> <b>סעיף 3.17</b>	שיפוי בגין הוצאות טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטים לריסוק הסתיידויות, וטיפול בכאבי מפרקים בין חולייתיים ורקמות רכות, לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ. מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 3,500 ₪ למקרה ביטוח.
<b>הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק</b> <b>סעיף 3.18</b>	שיפוי בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים. מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר לוורידים הגפיים במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות <u>סעיף 3.19</u>	שיפוי בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים. מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.
הזרקות לטיפול בהזעת יתר <u>סעיף 3.20</u>	שיפוי בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים. מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 6,000 ₪ למקרה ביטוח.
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית <u>סעיף 3.21</u>	שיפוי בגין עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק. מובהר כי טיפול שישולם בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	עד תקרה של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ועד סכום של 10,000 ₪ לסדרת הזרקות.
בדיקות ושירותים לנשים בהריון <u>סעיף 3.22</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין בדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.3 בפרק זה או כל בדיקת הריון אחרת ובתנאי והתקבלה הפניה עבורה ע"י רופא מומחה בתחום.</li> <li>שיפוי בגין בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 בפרק זה.</li> <li>שיפוי בגין ייעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו.</li> </ul>	<p>80% מההוצאה ועד תקרה של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>80% מההוצאה ועד תקרה של 1,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p>80% מההוצאה ועד תקרה של 2,000 ₪ למקרה ביטוח.</p> <p><b>בהריון מרובה עוברים, התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.</b></p>
טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל <u>סעיף 3.23</u>	שיפוי בארץ או בחו"ל בגין בדיקות ו/או טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון תקין, ובתנאי שהטיפול יבוצע ע"פ הפניית רופא מומחה לתחום ליקויי פריון בישראל.	80% מההוצאה ועד תקרה של 12,000 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים.
<b>פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן</b>		
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן ובכפוף להשתתפות עצמית של 3,000 ₪ במידה שהניתוח בוצע ללא מעורבות השב"ן. <u>סעיף 3</u>	<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או מחליף הניתוח.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות הגבוה מביניהם לכל התייעצות.</li> <li>שכר מנתח.</li> <li>שכר מרדים.</li> <li>הוצאות חדר ניתוח.</li> <li>הוצאות אשפוז, עד תקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח.</li> <li>הוצאות בגין בדיקות במהלך אשפוז.</li> </ul>	<p>שיפוי מלא להשתתפות עצמית ששולמה על-ידי המבוטח לשב"ן במידה והניתוח בוצע לא באמצעות השב"ן - שיפוי עד תקרת מנתח שבהסדר ובניכוי 3,000 ₪ השתתפות עצמית למקרה ביטוח.</p>

הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שתלים.</li> <li>• תרופות במהלך אשפוז.</li> <li>• טיפול מחליף ניתוח</li> </ul>	<b>ניתוחים שב"ן - המשך</b>
<p>1. הכיסוי בגין הניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים (כגון: "כללית מושלם", "לאומית זהב" "מאוחדת עדיף" "מכבי מגן" או כל תוכנית שב"ן אחרת המבטיחה כיסוי ביטוח וזכויות נרחבות יותר, הקיימת באותה קופה בה מבוטח החבר).</p> <p>כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין הוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין הוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>2. למימוש כיסוי בגין הניתוח, על המבוטח לפנות לקופות חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן ולאחר מכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>3. דמי הביטוח בגין תוכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים מ"השקל הראשון" (תוכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>4. <b>ברות ביטוח</b> - למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים והמשמעות היא שההצטרפות היא ללא תקופת אכשרה וללא הצהרת בריאות חדשה.</p>		
<p>מבוטח אשר יבחר במסלול זה, ישלם תגמולי ביטוח מופחתים והזכאות לתגמולי ביטוח כאמור הינם בכפוף לכללים המפורטים בפוליסה ולאחר מיצוי זכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי ו/או השתתפות עצמית) להם זכאי המבוטח.</p> <p>מבוטח אשר אין ברשותו שב"ן, יכוסה בפרק זה לאחר השתתפות עצמית של עד 3,000 ש"ח.</p> <p>יובהר כי לניתוחים בעלות הנמוכה מ-3,000 ש"ח לא ינתן כיסוי.</p>		
<b>רובד הרחבה</b>		
<b>פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון</b>		
<p>שיפוי מלא ועד תקרת מנתח שבהסדר ובניכוי השתתפות עצמית של 3,000 ₪ למקרה ביטוח.</p>	<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או מחליף הניתוח.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות הגבוה מביניהם לכל התייעצות.</li> <li>• שכר מנתח.</li> <li>• שכר מרדים.</li> <li>• הוצאות חדר ניתוח.</li> <li>• הוצאות אשפוז, עד תקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח.</li> <li>• הוצאות בגין בדיקות במהלך אשפוז.</li> <li>• שתלים.</li> <li>• תרופות במהלך אשפוז.</li> <li>• טיפול מחליף ניתוח.</li> </ul>	<p><b>ניתוח או מחליף ניתוח בארץ במסלול מהשקל הראשון ובכפוף להשתתפות עצמית של 3,000 ₪ סעיף 3</b></p>

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי ההסכם והפוליסה המלאים וחרגיה החתומים אצל בעל הפוליסה. טל"ח.**

# תנאי הסכם ופוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם

## 1. הגדרות כלליות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1 **החברה ו/או המבטח:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 **בעל הפוליסה:** מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת.
- 1.3 **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.4 **תאריך תחילת הביטוח:** 01.04.2020
- 1.5 **תאריך הצטרפות:** התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.6 **הסכם הביטוח:** חוזה הביטוח מיום 01.04.2020 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.7 **שנת ביטוח:** תקופה של 12 חודשים רצופים, שתחילה במועד תחילת הביטוח הנקוב בהסכם הביטוח ומתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.8 **דמי הביטוח או הפרמיה:** הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.9 **דף פרטי הביטוח:** דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.10 **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.11 **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.
- 1.12 **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים תחת שלטון ישראל.
- 1.13 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14 **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981.
- 1.15 **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994.
- 1.16 **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.



זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.	<b>1.17 גיל הפרישה המוקדמת:</b>
מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בד"ן או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.	<b>1.18 גמלאי:</b>
גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.	<b>1.19 גיל או גיל המבוטח:</b>
עובדים/גמלאים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/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.	<b>1.20 מבוטחים:</b>
הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשי החוקיים של המבוטח.	<b>1.21 המוטב:</b>
היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה.	<b>1.22 יועץ מלווה:</b>
תקופה בת 30 חודשים שתחילתה ביום תחילת הפוליסה.	<b>1.23 תקופת בדיקה:</b>
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.	<b>1.24 מדד:</b>
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.	<b>1.25 שירותי בריאות נוספים (שב"ן):</b>
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.	<b>1.26 בית חולים:</b>
בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות, לא כולל מוסד שיקומי.	<b>1.27 בית חולים ציבורי:</b>
בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/שר"ן ו/או קרנות מחקר. ובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקי הניתוחים בארץ (מ"השקל הראשון" ומשלים שב"ן).	<b>1.28 בית חולים פרטי:</b>
בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.27 ו-1.28 לעיל הנמצא בהסכם עם המבוטח, לא כולל מוסד שיקומי.	<b>1.29 בית חולים שבהסכם:</b>

- 1.30 מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.31 קופת חולים:** תאגיד שהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.32 אשפוז:** שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח. הגדרה זו לא תחול על פרק ניתוחים בארץ ו/או על אשפוז במחלקת שיקום.
- 1.33 יום אשפוז:** שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז פחות מ-24 שעות.
- 1.34 ניתוח:** פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמן כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו, הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 02/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.
- 1.35 תחליף ניתוח:** טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. יובהר כי כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והטיפול הרפואי האפשרי הוא טיפול שאינו ניתוח, יוגדר הטיפול כתחליף ניתוח. הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.

- 1.36 טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/ הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.37 בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה:** בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.38 פיזיותרפיה:** טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.39 אח/אחות:** אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.40 רופא:** רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.41 רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.42 רופא מרדים בהסכם:** רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח במועד ביצוע התביעה, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.43 רופא מרדים אחר:** רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.44 רופא מומחה:** רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.45 מנתח:** רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע הניתוח כ"רופא מנתח".
- 1.46 מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ואשר קשור בהסכם עם המבטח במועד ביצוע התביעה.
- 1.47 מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.

כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, תומך לב (LVAD), דפברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סינוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיורפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל. ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 02/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.**

**1.48 שתל:**

מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

**1.49 נותן שירות שבהסכם:**

**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.**

**1.50 סייג בשל מצב רפואי קודם:**

ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).

**1.51 ועדת הליסינגי:**

צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח 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.

**1.52 צירוף אוטומטי:**

צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).

**1.53 צירוף בהסכמה:**

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. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

**1.54 תקופת אכשרה:**

<p>תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.</p> <p>חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. <b>למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא יחשבו כ"תאונה".</b></p>	<p><b>1.55 תקופת המתנה:</b></p> <p><b>1.56 תאונה:</b></p>
--	---

## 2. תקופת הסכם הביטוח

<p>תקופת הסכם הביטוח והפוליסה מתחילה ביום 1.4.2020 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום 31.3.2025 ("תקופת ההסכם").</p> <p>בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.</p> <p>לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופה נוספת של 5 שנים (להלן: "תקופת ההסכם המוארכת") אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו. ניתנת לבעל הפוליסה אפשרות להארכה אוטומטית של ההסכם בכפוף לסעיף התאמת פרמיה (במידת הצורך) סעיף 8 להלן.</p> <p>במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 2.3 לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של עד 120 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה לצורך עריכת מרכז על ידי בעל הפוליסה.</p> <p>על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.</p> <p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p>	<p>2.1</p> <p>2.2</p> <p>2.3</p> <p>2.4</p> <p>2.5</p> <p>2.6</p>
---	---

## 3. אופן הצטרפות

<p><b>מבוטחים קיימים</b> 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.</p> <p>מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם. 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.</p> <p><b>עובד חדש</b> לאחר קבלתו לקביעות אצל בעל הפוליסה, הוא ובני משפחתו יצורפו</p>	<p>3.1</p> <p>3.2</p>
--	-----------------------

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 רשאית/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 ילדי/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 למבטח או ילד שאומץ ע"י מבטח 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 מקוצרת 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 15 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. במידה והמבטח הראשי (עובד/גמלאי) נפטר, וכל עוד בן/בת זוגו בחיים, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לפטירה של עובד/ת. 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 כיוסיים חופפים.

3.8 צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד, למעט במקרה בו העובד נדחה מהביטוח או שהנו מבטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר הכולל את הכיוסיים הכלולים בביטוח הקבוצתי.

3.9 יובהר כי גריעת מבטח מקובץ המבוטחים אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.

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 גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

3.11 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין

וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

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

#### 3.15 **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 ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1(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 מכיסיים 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 ולאו 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 3.16.2. 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.



**תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים**

4.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

**רובד בסיס:**

- (א) מבוטח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ב) עובד חדש ובני משפחתו - היום בו הוא ובני משפחתו (במידה ויש) חתמו על טופס הצטרפות ונרשמו בקובץ המבוטחים של בעל הפוליסה.
- (ג) עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

**רבי הרחבה:**

- (א) מבוטחים קיימים - היום בו מילא העובד טופס הצטרפות.
- (ב) עובד חדש ובני משפחתו - היום בו מילא העובד טופס הצטרפות.
- (ג) עובד 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 ושאייריו, במימון זהה למימון שניתן לעובדים ע"י בעל הפוליסה.
- (ג) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (ד) תוך 3 ימים ממועד קבלת הבקשה לביטול, במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב (למעט במקרה של ביטול ע"י מבוטח המשלם באמצעי גביה אישי, שאז הביטול יהא מהיום בו הגיעה הודעת הביטול למבטח).
- (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 ביטוח פרטי בהתאם לקבוע בהסכם זה לעניין ההמשכיות לפוליסות פרט.

**5. ברות ביטוח (בעת שהייה בחו"ל / חל"ת / חל"ד)**

5.1 עובדים/ות אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת 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. פסקו יחסי עובד-מעביד, יהיו רשאים העובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת הסכם זה לרכוש פוליסת פרט אצל המבטח קבוע 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 שידוע לחברת הביטוח על שוב 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 החדודשיים 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, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה של 25% מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח ולתקופת הנחה של 5 שנים.

6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אפשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

6.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדודשיים.

6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## 7. **דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח**

דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם\*\* הינם כמפורט להלן:  
**פרמיות חודשיות בש"ח, כאשר בפרק הניתוחים בארץ בהשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ כמפורט מטה:**

רובד מורחב (פרק ו') "ניתוחים מהשקל הראשון" השתתפות עצמית 3,000 ₪	רובד בסיסי (פרקים א'-ה') "ניתוחים משלים שב"ן" השתתפות עצמית 3,000 ₪ במקרה והספקים אינם בהסדר	מבוטח
6 ש"ח	183 ש"ח	עובד/גמלאי
6 ש"ח	183 ש"ח	בן/בת זוג
1.20 ש"ח	36.60 ש"ח	ילד/נכד עד גיל 25
6 ש"ח	183 ש"ח	ילד/נכד מעל גיל 25 חתן/כלה

\*ילד עד גיל 25 - ברובד הבסיסי: ילד שלישי ואילך - חינם.

\*\*גורם משלם ואופן התשלום:

**רובד בסיסי:** עובד/גמלאי - הפרמיה בגין הביטוח עבורו ועבור בני משפחתו - 80% במימון המעסיק, ללא גילום שווי המס. 20% במימון העובד בגביה משכרו מדי חודש ע"י המעסיק.

ילד מעל גיל 25 / חתן / כלה / נכדים - הפרמיה בגין הביטוח עבורם - במימון העובד / גמלאי ו/או המבוטחים, באמצעי גבייה אישי.

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

7.1 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים/הגמלאים המבוטחים ובני משפחותיהם, למעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעי גבייה אישי.

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

7.3 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד פעם בשנה, כאשר הפעם הראשונה תהיה בתום שנה ממועד תחילת הביטוח וחוזר חלילה בתום כל שנה, עד תום תקופת הביטוח, כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

#### 7.4 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"-

7.4.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

7.4.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

- 7.4.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 7.4.4 במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.4.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

## 8. התאמת דמי הביטוח

- 8.1 הגדרות:**
- פרמיה ברוטו:** הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים בתקופת הבדיקה.
- הפרמיה לחישוב:** פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות המבטח (עד 15%), ושכר טרחת היועץ.
- תביעות (ה)ריסק:** תביעות ששולמו בפרקי ההשתלות והתרופות בתקופת הבדיקה.
- תביעות משולמות:** תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה, בניכוי 50% מתביעות הריסק.
- תביעות תלויות:** תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם, כולל 50% מתביעות הריסק התלויות.
- IBNR:** סך התביעות המשולמות והתביעות התלויות ב-12 החודשים האחרונים טרם מועד הבדיקה, חלקי 12.
- הוצאות:** סך התביעות המשולמות, התלויות ו-IBNR.
- רווח/הפסד:** הפער שבין הפרמיה לחישוב ובין הוצאות.
- 8.2 בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה.
- 8.3 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מתקרה מרבית בגובה 25%. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים, בהסכמה וכפי שיוחלט בין הצדדים.
- 8.4 במידה וימצא הפסד והצדדים לא הגיעו להסכמות לעניין גובה ההתאמה, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 120 יום למבטח (בתנאים זהים), לצורך עריכת מכרז ובהעברת הביטוח למבטח אחר.

## 9. תגמולי ביטוח

- 9.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות מקוריות.
- 9.2 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 9.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם (למעט במקרה של ניתוחים/מחליפי ניתוח בארץ), המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות

המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

9.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקים ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות, או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים.

9.5 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע זר זה, אם יהיה צורך. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער הציג של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

9.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על-פי צו ירושה או על-פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

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

9.8 המבטח יודיע למבוטח בתוך 10 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 תביעה. במקרה חירום על פי הצורך הרפואי, מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 21 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור לעיל. במקרה של עיכוב בתשלום למבוטח מעבר לאמור לעיל יישא המבטח בקנס של 1% לכל יום איחור.

## **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.

## **11. צירוף מבטחים**

11.1 מבטח לא יצרף מבטח 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.

11.2 האמור בסעיף 11.1 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:

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

11.2.2 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; לענין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").

11.3 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.

11.4 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לענין 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.

11.5 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.

11.6 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. לענין 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.

## 12.12. עדת ערר

12.1 מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שקיים כיסוי בפוליסה בגינה ושנחתה ע"י המבטח, לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 ימי עבודה מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות בעל הפוליסה / הוועץ.

12.2 המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.

12.3 החלטת הוועדה תחייב את המבטח.

12.4 הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטות של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.

12.5 **למען הסר ספק, אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על-פי כל דין.**

### **13. תחלוף (טברוגציה)**

13.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

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

13.3 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.

### **14. ביטוח כפל**

14.1 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.

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

### **15. תביעות**

15.1 על המבטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. הפחתה כאמור לא תחול בכל אחת מאלה:

(א) החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.  
(ב) אי קוימה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבורר.

15.2 המבטח יסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטח.

- 15.3 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציא קבלות מקוריות. המבוטח יוכל להגיש למבטח העתק מסמכים גם באופן דיגיטלי בדוא"ל, או בחשבון האישי המקוון של המבוטח או במסרון.
- 15.4 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ושתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק עד 20 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח.
- 15.5 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבוטח להמציאם למבטח.
- 15.6 יובהר שבמידה והמבוטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יא יעד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.
- 15.7 במידה והמבוטח פנה לרופא שבהסדר עם קופ"ח ו/או השב"ן ובשל כך שילם לרופא תשלום מופחת בהנחה מיוחדת לחברי הקופה, המבטח יחזיר למבוטח את מלוא הסכום ששולם על ידו, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככל שישנה, ובתנאי כי אותו רופא בהסדר גם עם המבטח.
- 15.8 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 15.8.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 15.8.2 יהיה ראשי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 15.8.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומאצו למבטח או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות, או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 15.8.4 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

## **16. התיישנות תביעות**

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט במקרה של קטין.

## **17. יועץ ביטוחי רפואי**

להבטחת ביצוע התחייבויות החברה על פי תנאי הפוליסה, שמורה לבעל הפוליסה הזכות לבחור יועץ ביטוחי מלווה (להלן: "היועץ"), כגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי. למען הסר ספק, לבנק שמורה הזכות להחליף את היועץ בהודעה של 30 יום מראש לחברה.



- היועץ יעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה כמפורט להלן:
- 17.1 בירורים מול המבטח בקשר לזכויות על פי הפוליסה, בירורים מול המבטח בקשר להחלטות המבטח על פי הפוליסה, מתן חוות דעת למבוטח לגבי בקשות לאישור תביעות על פי הפוליסה,
- 17.2 סיוע, מתן מידע ובירורים לגבי טענה או תלונה של המבוטח הקשורה בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו.
- 17.3 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח במסגרת הפוליסה, יוכל המבוטח לפנות ליועץ הביטוח.
- 17.4 המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידיו שלא באמצעות המבוטח.
- 17.5 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.
- 17.6 החברה המבטחת תישא בעלות שכר הטרחה ליועץ בגין לוויו שוטף וסיוע לבעל הפוליסה ולמבוטחים ביישום הפוליסה, שמירת זכויותיהם וקיום התחייבותיהם.

## 18. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

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

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

18.4.2 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח 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.

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

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

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

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הגושה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב2); 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 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטח.

## **20. תנאי הצמדה למדד**

- 20.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן פעם בשנה, כאשר הפעם הראשונה תהיה בתום שנה ממועד תחילת הביטוח וחוזר חלילה בתום כל שנה, עד תום תקופת הביטוח כמפורט להלן:
- 20.1.1 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 20.1.2 "המדד היסודי" - המדד הידוע ביום כניסת ההסכם לתוקף.
- 20.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שנקבע בתום כל שנה, לפני יום התשלום.
- 20.2 כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 20.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

## **21. קיומם 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 השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבטוח נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

## **22. חריגים כלליים**

- המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:
- 22.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבטוח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ובתוך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 22.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבטוח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמסכה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 22.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.
- 22.4 שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 22.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

- 22.6 אי שפיות ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 22.7 טיפולי פרוניות, עקריות, עיקור מרצון, בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה (למעט הכיסויים הנקובים בפרק האמבולטורי).
- 22.8 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לא כטייס.
- 22.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה;
- 22.10 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי ואשר אינם קונבנציונאליים ו/או אינם מקובלים לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 22.11 סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יאחזק בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
- ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור

כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות לעיל אלא אם כן התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה ע"י המבוטח בכוונת מירמה:

- א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;
- ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

.1	הגדרות	
1.1	<b>"המרכז הלאומי להשתלות" -</b>	יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
1.2	<b>"טיפול מיוחד בחו"ל" -</b>	<p>ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.</li> <li>• סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.</li> <li>• הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.</li> <li>• זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.</li> <li>• 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.</li> <li>• הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.</li> <li>• הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.</li> </ul>
1.3	<b>"השתלה" -</b>	<p>השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב, (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל חוזרים ייחשבו למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה. השתלה של איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים בתנאי מעבדה, תקרא "השתלת איברים שגודלו במעבדה" ותחשב כמקרה ביטוח על פי תנאי פוליסה זו.</p> <p><b>מובהר כי השימוש במכונת החיאה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או תומך לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל (שתל כהגדרתו בהגדרות הכלליות ו/או בהגדרות פרק הניתוחים בארץ), לא ייחשבו כהשתלה ע"פ פרק זה.</b></p>

- ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
  - ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
  - ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.
  - ההשתלה כפופה לחוק סחר איברים.
- ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

## 2. מקרה הביטוח

- 2.1 השתלה:** ביצוע השתלה, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 2.2 טיפול מיוחד בחו"ל:** ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל, כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

## 3. התחייבות המבטח

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

- 3.1 השתלה הנערכת בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.**  
 במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית בסך 5,000,000 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.
- 3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא.** אם הניתוחים ו/או הטיפולים המיוחדים מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,000,000 ₪.
- 3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו-3.2 יהיו בגין הוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:**
- 3.3.1** תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בין אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.
- 3.3.2** הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין שתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.3.3** שכר כל הצוות הרפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
- 3.3.4** בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
- 3.3.5** שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

- 3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
- 3.3.8 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקות הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה והמבוטח הינו קטין - לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.
- 3.3.10 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי (LVAD).
- 3.4 **הוצאות נלוות כדלקמן:** סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:
- 3.4.1 **הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל** בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרת הסכום 300,000 ₪.
- 3.4.2 **תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר** המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרת סכום של 200,000 ₪.
- 3.4.3 **הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל וחזרה לישראל**, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.
- 3.4.4 **הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל** למבוטח ומלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 240,000 ₪.
- 3.4.5 **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל** לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.6 **הוצאות לטיפול המשך** שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת סכום של 150,000 ₪.
- 3.4.7 **תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל**, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.8 **תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית** לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום של 150,000 ₪.
- 3.4.9 **תשלום בגין מעקב, ביקורת רפואית ובדיקות בחו"ל** אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד תקרת הסכום של 50,000 ₪.
- 3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.9 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.3, 3.4.5, 3.4.6 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה הוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור



להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. יובהר, שבמידה ויצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטח יישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 3.3-3.4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרות הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.

### 3.6 תשלום 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 350,000 ש"ח, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח 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 על הצורך בביצוע השתלה, אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

### 3.7 תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל ו-100,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בארץ ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והיצג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

**למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור להלן בסעיפים 3.8 ו-3.9.**

### 3.8 גמלת החלמה למועמד להשתלה:

3.8.1 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי) המרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי ונזקק לשירותי מטפל, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 6,000 ש"ח בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-12 חודשים.

3.8.2 מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצמי) השווה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך 3,750 ש"ח בתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.

3.8.3 **תנאי לקבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.**

### 3.9 גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.9.1 עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי הנדרש לאחר השתלה בסך 7,500 ש"ח החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. לאחר השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית, יהא המבוטח זכאי לתשלום גמלה בסך 4,000 ש"ח למשך 3 חודשים.

3.9.2 **נפטר המבוטח** לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

3.9.3 **מבוטח שתרם איבר לבן משפחה** יהא זכאי לגמלת החלמה בסך 5,000 ₪ למשך 3 חודשים.

### 3.10 **טיפול ניסיוני בחו"ל:**

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

3.10.1 עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד כסום של 50,000 ₪.

3.10.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה שהמבוטח קטין, שני מלווים, ועד כסום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד, ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים, ישופה בכפל הסכום.

3.10.3 **הוצאות הסטה רפואית מיוחדת לחו"ל** כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.

3.10.4 **הוצאות לשהייה בחו"ל** הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 1000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

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

**טיפולים ניסיוניים בחו"ל שאינם עפ"י המופיע לעיל לא יכוסו עפ"י סעיף זה.**

## פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

<b>1.</b>	<b>הגדרות מיוחדות</b>
<p>1.1</p> <p>חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, טיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.</p> <p><b>ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".</b></p>	<p><b>"תרופה" -</b></p>
<p>1.2</p> <p>רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או יבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.</p>	<p><b>"רשימת התרופות המאושרות" -</b></p>
<p>1.3</p> <p>נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.</p>	<p><b>"טיפול תרופתי" -</b></p>
<p>1.4</p> <p>מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.</p>	<p><b>"סל שירותי הבריאות" -</b></p>
<p>1.5</p> <p>מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.</p>	<p><b>"מרשם" -</b></p>
<p>1.6</p> <p>מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.</p>	<p><b>"בית מרקחת" -</b></p>
<p>1.7</p> <p>הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.</p>	<p><b>"מחיר מרבי מאושר" -</b></p>
<p>1.8</p> <p>חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.</p>	<p><b>"השתתפות עצמית למרשם" -</b></p>
<p>1.9</p> <p>רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').</p>	<p><b>"רופא בית חולים" -</b></p>
<p>1.10</p> <p>ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA). (EMEA).</p> <p>הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".</p>	<p><b>"מדינות המוכרות" -</b></p>

- 1.11 **"תרופה המוגדרת כ-Off Label"**  
 תרופה לרבות תרופת יתום שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.12 **"טיפול ניסיוני"**  
 טיפול שאינו מאושר על ידי הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול במחלתו של המבוטח.
- 1.13 **"פרסום רשמי" אחד מהבאים:**  
 1. פרסומי ה-FDA  
 2. American Hospital Formulary Service Drug Information  
 3. US Pharmacopoeia-Drug Information  
 4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- עוצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
  - חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B
  - יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או 2a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
- NCCN
  - ASCO
  - NICE
  - ESMO Minimal Recommendation

## 2. מקרה הביטוח

- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.
- ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 2.2 מובהר כי אישור מכוח תקנה 29(א)(1), 29(א)(3), 29(א)(4) ו/או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו-1986 (בין היתר, אישור למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בפנקס התכשירים הרפואיים בישראל לחולה ספציפי), יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד לסכום ביטוח מרבי של 1,000,000 ₪ לתרופה לסרטן ועד 500,000 ₪ לתרופה שאינה לסרטן.
- 2.3 מובהר כי תרופה שאושרה כתרופת יתום ו/או תרופה שאושרה לטיפול במחלה יתומה באחת המדינות המוכרות ו/או תרופת Off Label תחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

- 3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות ובכפוף לאמור בתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנוטן השירות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי בסך 3,000,000 ₪ לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום של 300 ₪ ובתנאי כי העלות החודשית של התרופה עולה על סך ההשתתפות העצמית החודשית.
- 3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש.
- 3.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושלם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל, כמו כן, המבוטח יקבל פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה ועד 1,800 ש"ח לחודש.
- 3.3 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, ו/או בדיקות מולקולריות הנושטות בכל שיטה מעבדתית שהיא על רקמה ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המימון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב ולא יותר מהסכום הכולל של 40,000 ₪ לבדיקה הראשונה בגין מקרה הביטוח ו-20,000 ₪ לכל בדיקת המשך, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%. מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.
- 3.4 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי, אך לאחר תחילת הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח חל שינוי במצבו הרפואי ובשל כך הוא נדרש לטיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיה זכאי לכיסוי ולא יחולו הוראות חריג מצב רפואי קודם.
- 3.5 מבוטח שהצטרף לביטוח לאחר שהחל בטיפול תרופתי בגין מצב רפואי שהיה קיים טרם הצטרפותו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח נתגלה אצלו מצב רפואי אחר, המחייב טיפול תרופתי באותה תרופה, יהיה זכאי לכיסוי הטיפול התרופתי למצבו הרפואי החדש ולא יחולו הוראות מצב רפואי קודם.
- 3.6 מבוטח שנזקק לתרופה שלא בסל הבריאות ותבע פוליסת ביטוח אחרת אשר ברשותו לכיסוי עלות התרופה, יהיה זכאי לפיצוי בגובה 20% מגובה השיפוי המצטבר אותו יקבל במסגרת הפוליסה האחרת, בכפוף לכך שמקרה הביטוח מכוסה על פי פוליסה זו. מבוטח שיבחר במסלול הפיצוי כאמור לעיל לא יוכל לתבוע פוליסה זו בגין אותו מקרה ביטוח.
- 3.7 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יוספקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.8 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה

על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

3.9 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 60 יום.

3.10 דחתה חברת הביטוח את תביעת המבוטח לתשלום תגמולי הביטוח עבור תרופה בטענה שהמקרה אינו עומד בהגדרות לזכאות על פי פרק זה, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא/פרמקולוג/ביולוג ולקבל ממנו יעוץ בכתב אשר יבדוק את טענות הדחיה של המבטח. המבטח ישפה את המבוטח כנגד יעוץ זה בעלות של עד 1,800 ₪ בתוספת מע"מ למקרה ביטוח.

#### **4. חריגים מיוחדים לפרק זה**

4.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או במהלך תחליף ניתוח שבוצעו בבית חולים ו/או במהלך השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

4.2 תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.

4.3 תרופה מתחום הרפואה המשלימה או תרופה לגמילה מעישון.

4.4 תרופה הקשורה ללידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.5 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים (למעט מצב בו נדרש המבוטח לקבל חיסון לטיפול במחלה פעילה) ו/או תוספי מזון. למען הסר ספק, מובהר כי במידה ומדובר בתכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

4.6 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.

4.7 תרופה מתחום ה-Anti-Aging, או תרופה לטיפולים קוסמטיים/אסתטיים.

4.8 תרופה לטיפול באין אונות, למעט אם זה חלק מהטיפול הניתן במסגרת הכיסוי לטיפולי פרויין בפרק האמבולטורי.

4.9 תרופה לטיפולי שיניים.

4.10 תרופה לטיפול בהשמנת יתר למעט אם הטיפול הינו מבעיה רפואית פעילה.

4.11 טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג B או C.

ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

## פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

### 1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1 **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 בהיודוע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח, לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותיאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח ו/או יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובתי חולים שאינם בהסדר עם המבטח, תגמול הביטוח יוגבל ל-350,000 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם.
- 1.3 **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתלים, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני או אחרי ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.
- 1.4 **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
- 1.4.1 **כיסוי ההוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 100,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4.2 **כיסוי ההוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לכיסוי הוצאות הטיסה לא יעלה על 35,000 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 50,000 ₪ למבוטח ושני מלווים. בגין השהייה, סכום הביטוח המרבי לא יעלה על 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה יחיד ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ושני מלווים.
- 1.4.3 **כיסוי ההוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מביצוע הניתוח.
- 1.4.4 **כיסוי ההוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח של 100,000 ₪.

1.4.5 **כיסוי הוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות שהייה שלו ושל מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה עד 700 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או 1,000 ₪ למבוטח ושני מלווים, לכל יום שהייה ולא יותר מ-5 ימים.

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

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

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

1.4.7 **ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות ריפוי בעיסוק עקב הניתוח עד לסך של 180 ש"ח לטיפול, עד 12 טיפולים ועד שנה ממועד הניתוח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20%.

1.4.8 **הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר ועד 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות החלמה במוסד הבראה, עד לסך של 800 ש"ח ליום ועד 5 ימים.

1.4.9 **שכר אחות פרטית לאחר ניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות העסקת אחות פרטית/בת החולים, עד לסך של 700 ש"ח ליום ועד 8 ימי אשפוז.

1.4.10 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובתי חולים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו לבית חולים או ממנו או בין בתי החולים בחו"ל.

1.4.11 **פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B כתוצאה מניתוח:** 200,000 ₪.

1.4.12 **אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח:** פיצוי בסך 3,000 ₪ עד 18 חודשים, במקרה של אכ"ע מוחלט בעקבות ניתוח.

**2. חריגים מיוחדים לפרק זה**

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

- 2.1 ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.
- 2.2 טיפולי כימותרפיה או רדיותרפיה.
- 2.3 טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה, ריפוי בעיסוק וטיפולים פארא רפואיים.
- 2.4 הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה



- או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.  
2.5 טיפולי דיאליזה.
- 2.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 2.7 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה למעט במקרה של בעיה רפואית פעילה.
- 2.8 השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.
- 2.9 טיפולים מחליפי ניתוח אשר מהווים תרופה מכל מין וסוג שהוא, בין אם היא כלולה בסל שירותי הבריאות ובין אם לאו.
- 2.10 לא יינתן במסגרת פרק זה החזר בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים, שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות של נותן טיפול חלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.

## פרק ד' - שירותים אמבולטוריים

### 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" -**
- בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) בדיקת טומוגרפיה (PET), Capsule Wireless Endoscopy תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה 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.
- 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 להיריון" -**
- בדיקת חלבון עוברי.
  - בדיקת שקיפות עורפית.
  - סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
  - סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
  - בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות, צ'יפ גנטי.
  - מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
  - בדיקת אקו לב של העובר.
  - בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.
  - שימור דם טבורי.
  - כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
- 1.4 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני היריון" -**
- סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5 "מוסד החלמה" -**
- מוסד אשר 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.

### 2. מקרה הביטוח

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 מבוססת הזקוקה להם בעת הריונה או בקשר להריונה.

### 3. שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות האמבולטוריות והתחייבות המבטח:

בקרות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן:

3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין שתי התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי (למעט מקרה ביטוח שקשור להריון), פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי שישלם עבור התייעצות עד תקרה של 1,000 ₪ 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 שהתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון אחר 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 **כיסוי לחוות 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 הרפואי 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 6,500 ₪ לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל לקבלת חוות הדעת, ישולם גם החזר בגין הוצאות טיסה עד סכום של 4,500 ₪. **מובהר כי שירות ישולם במסגרת פרק זה, לא יכוסה גם במסגרת בפרק אחר בפוליסה ולא יהיה כפל תשלום בגין שירות זה.**

3.3 **בדיקות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1, ועד סך של 6,000 ₪ בגין בדיקות הדמיה ועד סך של 4,000 ₪ בגין כל שאר הבדיקות (שאינן הדמיה) לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.4 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח 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 נידרש, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, **ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.**

3.5 **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%.

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

### **בדיקות ושירותים אונקולוגיים:**

3.7 **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 הימופילטרציה 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 הוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 100,000 ₪ 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.**

### **שירותי רפואה גנטיים:**

3.8 **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מסכום של 15,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% **ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.**

### **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:**

3.9 המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצע לחץ, ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מהסכום של 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

### **שירותי רפואה קרדיולוגיים:**

3.10 **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 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום של 150 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.

3.11 **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 75% מההוצאות בפועל ועד 200 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.

## שירותים רפואה כלליים:

- 3.12 **שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, ו/או חלה במחלת הסרטן וקיבל טיפול כימוטרפי ו/או הקרנות ומממש את זכאותו במוסד החלמה מוכר עם תכנית ייעודית לחולים אונקולוגיים, בתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה לאחר ביצוע ניתוח הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים, או רק אם קיימת המלצה טיפולית של רופא החלמה במוסד החלמה ואונקולוגית וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד הסכום 700 ₪ ליום ועד 14 יום.
- 3.13 **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מסכום של 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% **ובלבד** שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.
- 3.14 **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** או טיפול ב- amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד סכום של 200 ₪ לטיפול בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים.
- 3.15 **אביזרים רפואיים:** המבוטח זכאי להחזר בגין הוצאות עבור אביזר רפואי כגון: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מגביר קול לנפגעי הרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, או לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין או אביזר אחר שמטרתו זהה למטרת האביזרים ברשימה זו. ההחזר הינו עד סכום של 3,000 ₪ לתקופת בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.16 **הזרקת חומרי סיכוך למפרקים כגון:** ארטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ₪ 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.**
- 3.17 **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), עד סכום מרבי של 3,500 ₪ 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.**
- 3.18 **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 קיים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ 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.**

3.19 **הזרקות לזרידי הגפיים ו/או טיפול בלייזר בווריד הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הזרידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 5,000 ₪ 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.**

3.20 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ 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.**

3.21 **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד סכום מרבי של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות (בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק) ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה.**

#### **הריון ולידה:**

3.22 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח/ת או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל, בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, או כל בדיקת הריון אחרת אשר התקבלה הפניה עבודה ע"י רופא מומחה בתחום, עד לסך מירבי של 5,000 ₪ למקרה ביטוח; בגין בדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4, עד 1,000 ₪; ובגין יעוץ גנטי אצל רופא מומחה במהלך ההיריון או לאחריו, עד 2,000 ₪. בהיריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 150% מהתקרות הנקובות לעיל.

3.23 **טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:** המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששילמ/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת בדיקות ו/או טיפולי פריון של המבוטח/ת, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון תקין, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל, וזאת עד תקרת סכום של 12,000 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים. **על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.**

#### **4. שיפוי שב"ן**

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן ונדרש לשלם השתתפות עצמית, ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יחא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לתקרת השיפוי המרבי הנקובה.

#### **5. תקופת אכשרה**

90 יום. למעט סעיפים הקשורים בהריון ולידה: 3.22, 3.23, בהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.

## פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן

באמצעות נותן שירות שבהסכם בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ במקרה בו הכיסוי יינתן ע"י המבטח ללא מעורבות השב"ן.

הערה: למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן ולאחר מכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

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

### 1. הגדרות

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

- |  |   |
|--|---|
| <p>1.1 "בית חולים פרטי - אחד מאלה":</p> <p>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.</p> <p>2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>   | <p>1.2 "שתל" -</p> <p>1.3 "ניתוח" -</p>                       |
| <p>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.</p> <p>פעולה פולשנית-חדירנית החדורת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.</p> | <p>1.4 "טיפול מחליף ניתוח" -</p> <p>1.5 "התייעצות" -</p>      |
| <p>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.</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.</p> <p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.</p>  | <p>1.6 "קופת חולים" -</p> <p>1.7 "מרפאה כירורגית פרטית" -</p> |
| <p>מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.</p>  |   |

- 1.8 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.9 "תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")" - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.
- 1.10 "תכנית השב"ן" - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
- 1.11 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.12 "תקופת אכשרה / המתנה בשב"ן" - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

## 2. מקרה הביטוח

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

## 3. הכיסוי הביטוחי

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד ובקיזוז השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ למקרה ביטוח במקרה בו הכיסוי יינתן ע"י המבוטח ללא מעורבות השב"ן, בשל בחירת ספק שאינו בהסדר עם השב"ן.
- 3.1 **שלוש (3) התייעצויות** בכל שנת ביטוח. נותן שירות שבהסכם: כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ₪ או 120% משכר נותן שירות שבהסכם, הגבוה מבניהם. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2 **שכר מנתח:** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם. בעת פנייה לרופא שאינו בהסכם - יינתן שיפוי עד לתקרת ספק שבהסכם.
- 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:** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.



#### 4. תגמולי הביטוח

- המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:
- 4.1 מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.
  - 4.2 הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל וההוצאות שהמבוטח קיבל בגינם החזרים מהשב"ן.
  - 4.3 במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.
  - 4.4 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ה', סעיף 3. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.
  - 4.5 הוכרה זכאותו של מבוטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המתח, או ביקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו בהסכם עם השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח, יהיה זכאי המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח וישופה באופן מלא בגין מלוא הוצאותיו.

#### 5. ברות ביטוח

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

#### 6. חריגים מיוחדים לפרק זה

- סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
  - 6.2 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, 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;
  - 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
  - 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

- 6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## 7. תקופת אכשרה

90 יום.  
בסעיפים הקשורים להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים.

**פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון**

באמצעות נותן שירות שבהסכם בכפוף להשתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ לניתוח או לטיפול מחליף ניתוח.

הערה: למימוש כיסוי בגין ניתוח, זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור כיסוי ביטוחי לניתוחים (אין חובה לפנות קודם לקופ"ח לשב"ן).

**1. הגדרות לפרק זה**

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

- |   |  |
|---|--|
| <p>1.1 "בית חולים פרטי - אחד מאלה":</p> <p>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.</p> <p>2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>  | <p>1.2 "שתל" -</p> <p>1.3 "ניתוח" -</p>  |
| <p>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.</p> <p>פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.</p>  | <p>1.4 "טיפול מחליף ניתוח" -</p> <p>1.5 "התייעצות" -</p> <p>1.6 "קופת חולים" -</p> <p>1.7 "מרפאה כירורגית פרטית" -</p> |
| <p>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.</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.</p> <p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.</p> <p>מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.</p> | <p>1.7 "מרפאה כירורגית פרטית" -</p>  |

1.8 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.9 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

## 2. מקרה הביטוח

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

## 3. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד ובקיזוז השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ למקרה ביטוח:

3.1 **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח. נותן שירות שבהסכם:** כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם - עד 1,500 ₪ או 120% משכר נותן השירות שבהסכם, הגבוה מבניהם; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2 **שכר מנתח:** כיסוי מלא עבור נותן שירות בהסכם. בעת פנייה לרופא שאינו בהסכם - יינתן שיפוי עד לתקרת ספק שבהסכם.

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

יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

## 4. חריגים מיוחדים לפרק זה

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

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

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

- 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.4.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 4.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 4.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## 5. תקופת אכשרה

90 יום.

בסעיפים הקשורים להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים.

## מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-20-01

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606 ת"ד 10957  
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il)

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

[www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

### מוקד שירות ומידע למבוטחי בנק ישראל:

טלפון: 072-2227654

דוא"ל: [Mailh@ayalon-ins.co.il](mailto:Mailh@ayalon-ins.co.il)

פרשקונספט  
מומחים לביטוחים קבוצתיים  
מקבצת ד"ד פרישמן



### ברוניה ידידיה ממשרד היועצים פרש-קונספט, תעמוד לרשותכם:

טלפון: 073-2391618 | פקס: 073-2391603

דוא"ל: [bronya@udif.co.il](mailto:bronya@udif.co.il)

