



ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association



מנורה
מבטחים
בטח שאפשר!

ההסתדרות הרפואית בישראל

ביטוח בריאות קבוצתי להשתללות בארץ ובחו"ל,
ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות
והוצאות נלוות ופיצוי בגין מחלה קשה
לחברי הר"י ובני משפחתם



תוכן עניינים

| שם הפרק | עמוד |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| הקדמה | 2 |
| גילוי נאות | 3 |
| פרק א'- ג' מבוא, חריגים ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה | 13 |
| פרק ד' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל | 56 |
| פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל | 63 |
| פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ובדיקות גנומיות | 69 |
| פרק ז' – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים | 73 |
| מפרט הפוליסה | 97 |
| נספח | 99 |
| אופן הגשת תביעה והנחיות להגשת תביעה | 100 |

מבוטח/ת יקר/ה,

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

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומידי.

במסגרת התכנית, המבוטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לחברים, ומומלץ לכל חבר/ה להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 1.7.2020 ותבוא לסיימה ביום 30.6.2025

הפוליסה תכלול שני רבדים, שיכללו את הכיסויים הבאים:
רובד בסיס: השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנומיות.
רובד הרחבה: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים.

**בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,
תחום בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

**ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וחברי ההסתדרות הרפואית בישראל –
תמצית תנאי הביטוח**

פרקי הפוליסה:

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ה' – ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
פרק ו' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנומיות
פרק ז' – פיצוי בגילוי מחלה קשה

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| מוקד שירות לקוחות החברה: *2000 פקס: 153- 747049338 | כתובת הדוא"ל של החברה: moked-health@menora.co.il | כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802 | כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

תמצית תנאי הפוליסה

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| שם הביטוח פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות והוצאות נלוות, השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים טיפולים מיוחדים ובחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ופיצוי בעת גילוי מחלה קשה לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם | |
| סוג הביטוח השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ותרופות מותאמות אישית, בדיקות גנומיות, ניתוחים מחליפי ניתוח בחו"ל ופיצוי בגילוי מחלה קשה | |
| תקופת הביטוח 01/07/2020-30/06/2025 (5 שנים) <u>בהתאם לסעיף 1.6-1.7 לפרק התנאים הכלליים</u> | |
| תיאור תכנית הביטוח רובד בסיס: כיסוי להשתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, מותאמות אישית ובדיקות גנומיות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל רובד הרחבה: פיצוי בגילוי מחלה קשה | |
| <ul style="list-style-type: none"> לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, <u>ב' – סעיף 11</u> לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: <u>פרק ב' – סעיף 9-1</u> <u>פרק ד' – סעיף 4</u> <u>פרק ה' – סעיף 5</u> <u>פרק ו' – סעיף 6</u> <u>פרק ז' – סעיף 5</u> | הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה) |

| חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים | קיומים של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-----|------------------------|--|-------|------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------------------|
| <p>להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח: פרמיה דיפרנציאלית:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">רובד בסיס: דמי הביטוח</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 ₪</td><td>0-25</td></tr> <tr> <td>21 ₪</td><td>21-40</td></tr> <tr> <td>39 ₪</td><td>41-50</td></tr> <tr> <td>68 ₪</td><td>51-60</td></tr> <tr> <td>97 ₪</td><td>61-65</td></tr> <tr> <td>118 ₪</td><td>+66</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">רובד הרחבה: דמי הביטוח</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.3 ₪</td><td>0-20</td></tr> <tr> <td>7.2 ₪</td><td>21-25</td></tr> <tr> <td>8.1 ₪</td><td>26-30</td></tr> <tr> <td>10.3 ₪</td><td>31-35</td></tr> <tr> <td>14.3 ₪</td><td>36-40</td></tr> <tr> <td>22.2 ₪</td><td>41-45</td></tr> <tr> <td>30.9 ₪</td><td>46-50</td></tr> </tbody> </table> | רובד בסיס: דמי הביטוח | | 10 ₪ | 0-25 | 21 ₪ | 21-40 | 39 ₪ | 41-50 | 68 ₪ | 51-60 | 97 ₪ | 61-65 | 118 ₪ | +66 | רובד הרחבה: דמי הביטוח | | 6.3 ₪ | 0-20 | 7.2 ₪ | 21-25 | 8.1 ₪ | 26-30 | 10.3 ₪ | 31-35 | 14.3 ₪ | 36-40 | 22.2 ₪ | 41-45 | 30.9 ₪ | 46-50 | עלות הביטוח |
| רובד בסיס: דמי הביטוח | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 ₪ | 0-25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 ₪ | 21-40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 ₪ | 41-50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 ₪ | 51-60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 97 ₪ | 61-65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 118 ₪ | +66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| רובד הרחבה: דמי הביטוח | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.3 ₪ | 0-20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2 ₪ | 21-25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1 ₪ | 26-30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.3 ₪ | 31-35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.3 ₪ | 36-40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22.2 ₪ | 41-45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30.9 ₪ | 46-50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|--|
| | 41.1 ₪ | 51-55 | |
| | 67.2 ₪ | 56-60 | |
| | 99.2 ₪ | 61-65 | |
| | 204.1 ₪ | +66 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • ילד שלישי ואילך – חינם • רובד הרחבה - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה ואירועים רפואיים • חמורים: ניתן לרכוש עד 4 יחידות ביטוח (יחידה = 50,000 ₪ ובסה"כ 200,000 ₪ פיצוי בקרות מקרה ביטוח). • מבוטח זכאי אשר גילו עד 47 שנים, זכאי ליחידת הפיצוי הראשונה במימון בעל הפוליסה (סכום הפיצוי הממומן בקרות מקרה ביטוח: 50,000 ₪). • גובה הפיצוי בגין גילוי מחלה קשה ואירועים רפואיים, הנרכש עבור מועמדים משניים, יהא זהה לגובה הפיצוי שרכש המועמד הראשי. • הצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח החבר בפוליסה. • המדד היסודי: מדד חודש יוני 2020, אשר יפורסם בתאריך 15.7.2020 | | | |

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

| שם הכיסוי | תיאור הכיסוי | תקרת הכיסוי | תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול | השתתפות עצמית |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| השתלות כמפורט בסעיף 5 | השתלה אצל נותן שירות שבהסכם | שיפוי מלא | אין | אין |
| | השתלה שלא אצל נותן שירות שבהסכם | 6,000,000 ₪ | | |
| טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף 2.2 | טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם | שיפוי מלא | אין | אין |
| | טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם | 1,500,000 ₪ | | |
| שיפוי להוצאות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף 2.3 | הוצאות הערכה רפואית | שיפוי מלא | אין | אין |
| | הוצאות הטיפול הרפואי | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות השגה ושימור איבר להשתלה | 250,000 ₪ | | |
| | הוצאות שהות בבית חולים ואשפוז | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות שימוש בלב מלאכותי ו/או איבר מלאכותי אחר | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות חדר ניתוח | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות הטסת המבוטח והמלווה | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות הטסת רופא | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות הטסה רפואית | 120,000 ₪ | | |
| | הוצאות העברה יבשתית | שיפוי מלא | | |
| | הוצאות מגורים וכלכלה למבוטח | 1000 ₪ ליום | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| | | מבוטח מתחת לגיל 18 1500 ₪ ליום | ומלווה | | | |
| | | שיפוי מלא | הוצאות המשך טיפולים בחו"ל | | | |
| | | 250,000 ₪ | המשך טיפול בישראל | | | |
| | | שיפוי מלא | הטסת גופה לישראל | | | |
| | | 200,000 ₪ | הבאת מומחה לישראל | | | |
| | | 50,000 ₪ | מעקב בחו"ל לאחר ביצוע השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל | | | |
| | | | | 5000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים | לאחר ביצוע השתלה במבוטח מעל גיל 21 | גמלה חודשית כמפורט בסעיף 2.3.19 |
| | | | | 2500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים | לאחר ביצוע השתלה במבוטח מתחת לגיל 21 | |
| | | | | 5000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים | גמלה חודשית בטרם ביצוע ההשתלה במבוטח מעל גיל 21 | |
| | | | | 3000 ₪ לחודש למשך 6 חודשים | לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במבוטח מעל גיל 21 | |
| | | 1750 ₪ לחודש למשך 6 חודשים | לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במבוטח מתחת לגיל 21 | | | |
| פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל | | | | | | |
| אין | אין | שיפוי מלא | ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שתואם מראש עם המבטחת | שירותי ניתוח ואשפוז בניתוח בחו"ל / טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 1.2.1 2.2 | | |
| | עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ניתוח דומה בישראל | ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שלא תואם מראש עם המבטחת | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 20% | | 2500 ₪ | שכר יעוץ עם המנתח לאחר החזרה לארץ | הוצאות המשך טיפול בישראל מפורט בסעיף 1.2.3 |
| | | 800 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות | התייעצות עם רופא שיקומי לאחר ניתוח בחו"ל | |
| | | 200 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים | שיקום הדיבור והראיה | |
| | | 200 ₪ לחודש | התעמלות שיקומית | |
| | | 200 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים | טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום | |
| | | 2000 ₪ | רכישה או השאלת אביזרים רפואיים | |
| | | 240 ₪ ועד 12 טיפולים | יעוץ/טיפול פסיכולוגי | |
| אין | | שיפוי מלא | כיסוי להוצאות הטסה | הוצאות נוספות מפורט בסעיף 3 |
| 20% | | 80,000 ₪ | הוצאות הטסה רפואית | |
| אין | | 800 ליום ועד 45 ימים | הוצאות שהייה של מלווה | |
| | | 800 ₪ ליום ועד 15 ימים | הוצאות שהייה של מבוטח לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל | |
| | | שיפוי מלא | הוצאות הטסת גופה | |
| 40% | | 750 ₪ ליום ועד 14 ימים | החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בחו"ל | |
| 20% | | 165 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים | פיזיותרפיה וטיפול שיקום | |
| פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנומיות | | | | |
| 400 ₪ למרשם ועד 800 ₪ לכל המרשמים | אין | 3,000,000 ₪ מתחדש כל 36 חודשים | כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופה | תרופות מיוחדות ומותאמות אישית מפורט בסעיף 3-5 |

| | | | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | OFF LABEL תרופת יתום ועלות השירות הכרוך במתן התרופה | |
| | | 800,000 ₪ מתחדש כל 36 חודשים | 29 ג', IND ו/או חמלה | |
| 20% | | 1000 ₪ לחודש ועד 36 חודשים | ויטמינים / תוספי מזון / קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן | |
| | | 60,000 ₪ | בדיקות גנומיות | |
| פרק ז' – פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה | | | | |
| אין | 90 ימים למקרה ביטוח ראשון 180 ימים, למקרה ביטוח נוסף, ממועד קרות מקרה הביטוח הקודם | 50,000 ₪ עבור כל יחידה נרכשת | אי ספיקת כבד פולמינגנטי, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת איברים, תרדמת, עמילואידוזיס ראשונית, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מצב וגטיבי קבוע (צמח קבוע) קבוצה שנייה: אוטם חריף בשריר הלב, שבץ מוחי, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, סוכרת נעורים עד גיל 20, דום לב עם השתלה של דפיברילטור, נמק של חוט השדרה קבוצה שלישית: סרטן, גידול שפיר של המוח, השתלת מוח עצמות, אנמיה אפלסטית חמורה, שיתוק (פרפלגיה, | פיצוי בגין קרות מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה/ אירוע רפואי חמור כמפורט בסעיף 4.1.1 |

| | | | | |
|--|------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | קוודריפלגיה), פוליו, עיוורון, כוויות קשות, אילמות, אבדן דיבור, חירשות, תשישות נפש, דיסטרופיה שרירית, פרקינסון, צפדת (טטנוס), אי ספיקת כליות סופנית, טרשת נפוצה, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, יתר לחץ דם ריאטי ראשוני, דלקת חיידקית של קרום המוח, איבוד גפיים, מחלת דוויק ניורומיאליטיס אופטיקה, מחלת יעקוב קרויצפלד | |
| | 365 ימים | 50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | מקרה ביטוח <u>נוסף</u> לאחר מקרה ביטוח מקבוצה ראשונה, בגין מקרה ביטוח מקבוצה שנייה/שלישית או מקבוצה ראשונה ובלבד שאין מדובר באותה מחלה | פיצוי בגין קרות מקרי ביטוח נוספים כמפורט בסעיף 4 |
| | 180 ימים | 50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | מקרה ביטוח <u>נוסף</u> לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שנייה בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שלישית | |
| | 180 ימים | 50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שלישית בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שנייה/שלישית | |
| | 5 שנים ממועד ההחלמה | 50,000 ₪ עבור כל | מקרה ביטוח של מחלת סרטן נוספת | |

| | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| | ממחלת הסרטן הקודמת | יחידת ביטוח נרכשת | לאחר 5 שנים ממועד ההחלמה ממחלת הסרטן הקודמת | פיצוי בגין גילוי מוקדם של מחלת הסרטן כמפורט בסעיף 4.3 |
| | 90 ימים | 5000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | מקרה ביטוח מיוחד: טיפול במפרצת מוחית, הוצאת גלגל העין וצנטור כללי טיפולי | |
| | 90 ימים | 10,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | Carcinoma in Situ בשד/ סרטן ערמונית (מסוג Gleason Score עד ל- 6 (כולל)); הדורש התערבות ניתוחית | |
| | | 5000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת | Carcinoma in Situ בצוואר הרחם או Carcinoma in Situ באיברים נוספים | |

הערות:

לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב", תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב" הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב", מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

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

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

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

**פוליסה קבוצתית לביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים
מיוחדים בחו"ל, ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל,
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה
אישית, בדיקות גנומיות ופיצוי בגין מחלה קשה
לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם**

שנערך ונחתם ב _____, ביום _____ בחודש יוני לשנת 2020

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
ז'בוטינסקי 23, רמת גן
(להלן: "המבטחת")

לבין: הסתדרות הרופאים בישראל
מר' _____
(להלן: "בעל הפוליסה")

הואיל: והמבטחת הינה חברת ביטוח מורשית כדין;

והואיל: והסכימו הצדדים לקבל על עצמם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים
המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

פרק א' – הגדרות כלליות לכל פרקי הפוליסה

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

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <p>הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו להסכם בעתיד, בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה.</p> | <p>1.1. הסכם הביטוח:</p> |
| <p>חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.</p> | <p>1.2. הפוליסה:</p> |
| <p>דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים המיוחדים לפוליסה.</p> | <p>1.3. דף פרטי ביטוח</p> |
| <p>מנורה מבטחים ביטוח בע"מ</p> | <p>(דף הרשימה): 1.4. המבטח:</p> |
| <p>ההסתדרות הרפואית בישראל להלן: הר"י.</p> | <p>1.5. בעל הפוליסה:</p> |
| <p>5 שנים, החל מתאריך תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי כמצוין להלן.</p> | <p>1.6. תקופת ההסכם:</p> |
| <p>01/07/2020</p> | <p>1.7. תאריך תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי:</p> |
| <p>התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח של כל מבטח, כתאריך תחילת הביטוח.</p> | <p>1.8. תאריך תחילת הביטוח:</p> |
| <p>תקופה בת 12 חודשים רצופים. תחילתה של השנה הראשונה בתאריך תחילת תוקף הביטוח למבטח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.</p> | <p>1.9. שנת ביטוח:</p> |

- 1.10. מבוטח זכאי:**
חבר ו/או עובד ו/או גמלאי אצל בעל הפוליסה הזכאי לביטוח על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה, ובלבד שלא הביע התנגדות להעברת מידע נדרש למבטח.
- 1.11. מבוטח:**
מבוטח זכאי אצל בעל הפוליסה, ובני משפחתו, אשר צורפו לפוליסת ביטוח זו, עפ"י תנאי ההצטרפות הקבועים בפרק התנאים הכלליים.
- 1.12. בן משפחה:**
בן או בת זוג של מבוטח זכאי, ילדיהם (ובני זוגם לפי העניין) ו/או נכדיהם (כולל ילדי בן/בת הזוג וילדים מאומצים).
- 1.13. בן/בת זוג:**
בן/בת זוג של מבוטח זכאי. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם המבוטח, בכפוף להצהרה בכתב של המבוטח הזכאי על כך.
- 1.14. צירוף אוטומטי:**
כניסת מבוטח זכאי לביטוח, ללא מילוי הצהרת בריאות ו/או שאלון כלשהו, ללא בדיקה רפואית או אחרת כלשהי, ללא החרגות מכל מין וסוג שהוא, בפרמיה הרגילה ובתנאים הרגילים לשאר המבוטחים מסוגו.
- 1.15. מוטב:**
הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה המבוטח זכאי. במקרה שבו שני בני הזוג מבוטחים זכאים, המוטב. יהיה האפוסטרופוס של הקטין.
- 1.16. מקרה הביטוח:**
מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או

בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.

תקופת זמן רצופה בת 90 יום, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבטוח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבטוח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. מבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת אכשרה תחול בכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

אירוע פתאומי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, אשר גרם למבטוח נזק גופני או נפשי, כתוצאה מפגיעה של גורם חיצוני, או כאשר אירוע חיצוני התניע את התהליך שכתוצאה ממנו נגרם נזק למבטוח. מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועני המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו.

תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבטוח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבטוח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבטוח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות

1.17. תקופת אכשרה:

1.18. תאונה:

1.19. תקופת המתנה:

בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

מספר השנים השלמות שחלפו מתאריך הלידה של המבוטח ועד יום ההולדת האחרון.

הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.

הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.

חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבוטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.

מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.

חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009

צירוף, על פי נהלים והחלטות בעל הפוליסה, של חברים ו/או עובדים לפוליסה זו ללא אישור המפורש, ובלבד שלא התנגדו בכתב להעברת נתוניהם למבטח, צירוף של מבטחים חדשים לאחר תחילת

1.20. גיל המבוטח:

1.21. דמי הביטוח (פרמיה):

1.22. סכום ביטוח מרבי:

1.23. השתתפות עצמית:

1.24. ישראל:

1.25. חוק הביטוח:

1.26. חוק הבריאות:

1.27. תקנות ביטוח

בריאות קבוצתי:

1.28. צירוף אובליגטורי:

מועד הסכם זה, מותנה בכך שלא התנגדו להעברת נתוניהם. היה ונדרש מהמבוטח לשאת בעלות הביטוח ו/או עלות שווי מס-יהא על המבוטח למלא טופס הצטרפות של המבטחת. צירוף אובליגטורי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם.

1.29. צירוף בהסכמת המבוטח: צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש

של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח, בכפוף למילוי טופס הצטרפות (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

1.30. מדד: מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות)

המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדף פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.

1.31. מדד בסיס: המדד שיפורסם ב-15 ליולי 2020.

1.32. חו"ל: כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט

מדינות אויב כפי שהוכרזו ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.

1.33. בית חולים: מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות

המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא בית הבראה ו/או בית החלמה.

1.34. בית חולים אחר: בית חולים שאינו נמצא בהסכם עם

המבטח.

1.35. נותן שירות שבהסכם: מנתח, רופא מומחה, בית חולים, וכל רופא

או ספק שירות רפואי אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות

רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.36. נותן שירות שאינו בהסכם: מנתח, רופא מומחה, בית חולים וכל רופא

או ספק שירות רפואי אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עמו את התשלום, לפיכך המבטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

1.37. רופא: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.38. רופא מומחה: רופא שהוסמך על ידי השלטונות

המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

1.39. מנתח: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות (בחו"ל) כמומחה- מנתח.

1.40. מעבדה: מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות (בחו"ל) כמעבדה רפואית.

- 1.41. אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע שירות רפואי המכוסה על פי פוליסה זו. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך קבלת שירות רפואי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.42. שירותי ניתוח ואשפוז:** שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, הוצאות אשפוז וחדר ניתוח, שכר יעוץ עם רופא מרדים, והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום.
- 1.43. הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנבעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות שהייה סמוך לבית החולים הקשורות להשגחה הקשורה לטיפול הרפואי המבוטח, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.44. הוצאות חדר ניתוח:** כיסוי כל הוצאות חדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, בדיקות אבחוניות תוך כדי הניתוח ופעולות אחרות הנדרשות לצורך הניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח כל הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, זמני או קבוע על פי חיוב של בית החולים.
- 1.45. הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה,

כולל העברה ברכב 'בשתי' המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

מעבר ברצף לתכנית ביטוח זו מפוליסת בריאות קבוצתית אחרת של בעל הפוליסה, הכוללת כיסויים חופפים לתכנית ביטוח זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, בהתאם למועד הצטרפותו לפוליסה הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח בריאות קבוצתי של בעל הפוליסה.

חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבוטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE) בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הניתוח, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, ו/או מניעה (לרבות על רקע גנטי) ו/או טיפול במצב רפואי, ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה, ו/או בסימפטומים של מחלה ו/או פגיעה, ו/או תיקון פגם ו/או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח בין היתר גם פעולות פולשניות חדירתיות בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה בעת ביצוע הפעולה, לאבחון ו/או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ENDOSCOPY) אנדוסקופיות למיניהן, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה

1.46. רצף ביטוחי מלא:

1.47. סייג בשל מצב רפואי קודם:

1.48. ניתוח:

ו/או מרה וכן פעולות פולשניות חדירותיות בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה בעת ביצוע הפעולה, (למניעת ספק לרבות הזרקה) להחדרת שתלים מכל סוג ותיאור.

למניעת ספק ניתוח כולל השתלה ו/או

טיפול מיוחד.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

טיפול רפואי, בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.

מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו ו/או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

כל חומר, אבזר, איבר טבעי, איבר מלאכותי, ו/או חלק מחומר ו/או מאבזר ו/או מאיבר טבעי ו/או מלאכותי, ו/או מפרק טבעי ו/או מלאכותי, המיוצר בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה לרבות כאלו המיוצרים בטכנולוגיות חדשות מתקדמות, (כגון: הדפסה) המושתלים ו/או המורכבים ו/או המוזרקים בגופו של המבוטח, ו/או נעשה בהם שימוש במהלך ניתוח המכוסה בביטוח זה. למעט תותב/ שתל לצורך טיפול דנטלי, ולמעט איבר מושתל המכוסה

1.49. טיפול מחליף ניתוח:

1.50. תותבת/ שתל:

בעת השתלה עפ"י פרק 2 (השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל).

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

מצב של בריאות לא תקינה, ו/או קיום בעיה בריאותית, ו/או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, ו/או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, ו/או כל מצב לא תקין ו/או כשל תפקודי של הגוף.

1.51. מחלה:

כל טיפול שמטרתו שיקום, שיפור מיומנות, המאפשר תפקוד יומיומי תקין, לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים, או ריפוי בעיסוק או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים ו/או בעלי חיים.

1.52. טיפול שיקומי:

חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או אחר ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב אך לא רק), לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה ו/או תאונה ו/או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. **ההגדרות נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות**

1.53. תרופה:

המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח

2015-1-18

מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.54. מרשם:

נטילת תרופה על פי מרשם באופן חד פעמי ו/או מתמשך.

1.55. טיפול תרופתי:

השתלת איבר שלם ו/או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם ו/או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח ו/או השתלת מח עצם ו/או תאי אב 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 ו/או מודפסים ו/או שפותחו ו/או שגודלו באמצעים טכנולוגיים אחרים, של אחד מהאיברים ו/או חלקיהם המפורטים לעיל ו/או בדרך אחרת וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. כולל הוצאות כריתה והוצאה מגוף המבוטח ו/או מתורם אנושי ו/או מבעל חיים ו/או יצור בטכניקה ו/או בטכנולוגיות ידועות בעת ביצוע ההשתלה של אחד או יותר מהאיברים לעיל.

1.56. השתלה לעניין פרק ד':

כולל הוצאות השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי ו/או דם טבורי שמקורו מתורם אחר ו/או מתרומה עצמית של המבוטח והתאמתם לצורך השתלה במבוטח.

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

1.57. טיפול מיוחד בחו"ל: כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, ו/או טיפול רפואי המשלב ביניהם המבוצע בחו"ל, העונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:

1.57.1. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.57.2. אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

1.57.3. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת ו/או שתי האוזניים, ו/או הראייה באחת ו/או שתי העיניים.

1.57.4. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, ו/או במחלה המטולוגית ו/או מחלה גידולית אחרת.

1.57.5. על פי חוות דעת של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, ו/או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

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

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח

2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

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

טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי.

ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן.

1.58. טיפול/שירות רפואי:

1.59. טיפול ניסיוני:

1.60. ועדת הלסינקי:

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

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.
 - 1.2 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות.
2. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים בין אם הם בהסכם עם המבטח ובין אם אחרים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים כאמור.
3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
4. מקרה הביטוח אירע במהלך של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
5. מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בה/בו השתתף המבוטח.
6. מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
7. מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.
8. טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם. טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.
9. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאינם מלווים בצורך רפואי כלשהו ו/או אינם קשורים לצורך רפואי כלשהו.

10. סייג בשל מצב רפואי קודם:

- 10.1.** המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין שירות ו/או טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות להלן שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחרים הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבטח במועד הקובע כדלקמן:
- 10.1.1.** היה גילו של המבטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.1.2.** היה גילו של המבטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 10.1.3.** יובהר, כי המבטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיפים 1.6-1.7 לעיל, לפי העניין.
- 10.1.4.** חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבטח הנדרש למלא שאלון רפואי. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל ח"י הפוליסה.
- 10.1.5.** דחה המבטח תביעתו של מבטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.
- 10.1.6.** על אף האמור לעיל, לגבי מבטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות קבוצתי על פי הסכמים עם בעל הפוליסה (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך

הצטרפות המבוטח לביטוח הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים וסכומי ביטוח חופפים.

פרק ג' – תנאים כלליים

1. מהות הביטוח:

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על מבטחים, הזכאים לביטוח על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן:

2. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

- 2.1.** לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 2.2.** בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי פוליסה זו לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח:

- 3.1.** תקופת הסכם ביטוח זו הינה 60 חודשים החל מ-1.7.2020 ועד 30.6.2025. הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 3.2.** אם בתום תקופת הביטוח לא יחודש הביטוח לתקופה נוספת, תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הסכם הביטוח לתקופה נוספת בת 90 יום, בתנאים זהים לתנאי הסכם פוליסה זו, ובכפוף לתקנות.
- 3.3.** חודשה תקופת הסכם הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבטח לביטוח בתקופת הביטוח הראשונה.
- 3.4.** אם יפחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. דמי הביטוח:

- 4.1.** מבטחים אובליגטוריים הזכאים לביטוח המצורפים על פי נהלי בעל הפוליסה, פטורים מתשלום דמי ביטוח ויהיו במימון בעל הפוליסה.
- 4.2.** דמי הביטוח עבור מבטחים וולונטריים, אשר יצטרפו על פי תנאי פוליסה זו, יהיו כדלקמן:

| רובד הבסיס | |
|------------|------------------------|
| קבוצת גיל | דמי ביטוח חודשיים בש"ח |
| 0-25 | 10 ₪ |
| 26-40 | 21 ₪ |
| 41-50 | 39 ₪ |
| 51-60 | 68 ₪ |
| 61-65 | 97 ₪ |
| +66 | 118 ₪ |

- ילד עד גיל 25. ילד שלישי ואילך- חינוך.
- דמי הביטוח לעיל יהיו צמודים למדד היסודי הקבוע בהסכם זה.
- העלות כמפורט לעיל בכפוף להצטרפות ללא מעורבות סוכן.
- בני משפחה- תשלום באמצעי גבייה אישי, הוראת קבע או כרטיס אשראי.

- 4.3.** דמי הביטוח החודשיים לביטוח בריאות עבור כיסוי לפיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק ז') (יחידת ביטוח בסכום של 50,000 ₪):
- "מבוטח זכאי" עד גיל 47 (בהצטרפות ללא הצהרת בריאות ו/או חיתום): במימון בעל הפוליסה.
 - לכל יחידה נוספת ל"מבוטח זכאי" עד גיל 47, לכל יחידה ל"מבוטח זכאי" מגיל 47 ומעלה ולבני משפחה, דמי הביטוח יהיו כמפורט להלן:

| רובד ההרחבה – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| קבוצת גיל | דמי ביטוח חודשיים בש"ח לכל יחידת ביטוח בגובה 50,000 ₪ (בכפוף להצטרפות ישירה מול המבטחת) |
| 0-20 | 6.3 ₪ |
| 21-25 | 7.2 ₪ |
| 26-30 | 8.1 ₪ |
| 31-35 | 10.3 ₪ |
| 36-40 | 14.3 ₪ |
| 41-45 | 22.2 ₪ |
| 46-50 | 30.9 ₪ |
| 51-55 | 41.1 ₪ |
| 56-60 | 67.2 ₪ |
| 61-65 | 99.2 ₪ |
| +66 | 204.1 ₪ |

4.4. התאמת פרמיה:

- 4.4.1. לאחר ובכל 24 חודשי ביטוח** החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות.
- 4.4.2.** אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה"). בכפוף לאמור לעיל.
- 4.4.3.** בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.
- 4.4.4.** לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו לתקופת החשבון (אלא אם יוסכם בין המבטח ובין בעל הפוליסה על הפחתה בדמי הביטוח) למעט הצמדתן למדד ו/או על פי בקשת בעל הפוליסה והסכמת המבטח, יתווספו לפוליסה כיוסיים נוספים.
- 4.4.5.** התאמת הפרמיות, תבוצע בתום כל 24 חודשי ביטוח, לרבות במהלך תקופות ביטוח מוארכות (אם יהיו).
- 4.4.6.** התאמות כאמור תערכנה בנפרד למבוטחים באופן אובליגטורי עליהם משולמים דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, ולמבוטחים המבוטחים באופן וולונטרי ומשלמים את דמי הביטוח בגביה אישית.

4.5. קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

המבטח 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 20 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או נכדו 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 נכדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח":

- 4.5.1.** לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 4.5.2.** לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.
- 4.5.3.** למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- 4.5.4.** במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 4.5.5.** במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.
- 4.6.** על אף האמור בסעיף 4.5 הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

4.7. הצטרפות לביטוח:

- 4.7.1. הצטרפות מבוטחים זכאים:**
- מבוטחים זכאים על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה במועד תחילת ההסכם, שלא הביעו התנגדות מפורשת להצטרפותם, יצורפו לביטוח זה באופן אוטומטי החל ממועד תחילת ההסכם הביטוח הקבוצתי.
- 4.7.2. הצטרפות בני משפחה של מבוטח זכאי לביטוח:**
- 4.7.2.1.** בני משפחה של מבוטח זכאי כאמור לעיל אשר צורף לביטוח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בתוך 120 יום ממועד תחילת ההסכם הביטוח הקבוצתי. ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות.
- 4.7.2.2.** בחלוף תקופה זו (120 יום ממועד תחילת ההסכם), הצטרפות בני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם

יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.7.2.3. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.7.3. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, בני משפחתו של מבטח זכאי שיצטרפו לביטוח, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבטחים בביטוח קולקטיבי אחר אצל המבטח ו/או קולקטיבי אחר על ידי בעל הפוליסה אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם. לגבי הכיסויים החופפים, לא תחול תקופת אכשרה או סייג מצב רפואי קודם.

4.7.4. הצטרפות מבטחים זכאים חדשים ובני משפחתם:

4.7.4.1. מבטחים זכאים חדשים אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יצורפו לביטוח באופן אוטומטי מהמועד בו אישר בעל הפוליסה את זכאותם להצטרף לביטוח.

4.7.4.2. בני משפחתם של מבטחים זכאים חדשים אשר צורפו לביטוח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 120 יום מהמועד בו אישר בעל הפוליסה את זכאותם של המבטחים הזכאים החדשים להצטרף לביטוח. ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות. על מבטחים אלה תחול תקופת אכשרה וסייג מצב רפואי קיים כאמור בפרק ב'- חריגים כלליים.

4.7.4.3. בחלוף תקופה זו (120 יום ממועד תחילת זכאותם), הצטרפות בני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.7.4.4. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.7.5. הצטרפות בן/בת זוג חדש/ה:

4.7.5.1. בן/בת זוג אשר ת/ינשא למבטח זכאי וילדיו/ה יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 120 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של המבטח הזכאי (בהתאם להצהרת העובד). ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות, ובכפוף לתקופת אכשרה. על מבטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בסעיף 11 לפרק ב' - חריגים כלליים.

4.7.5.2. בחלוף תקופה זו (120 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת זוג מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.7.5.3. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים

4.7.6. צירוף תינוק לביטוח:

4.7.6.1. תינוק של מבטח זכאי שנוולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 120 יום מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתקופת אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד היוולדו.

4.7.6.2. בחלוף תקופה זו (120 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.7.6.3. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.7.7. צירוף ילד מאומץ:

4.7.7.1. ילד מאומץ של מבטח זכאי, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום האימוץ, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף תקופת אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

4.7.7.2. בחלוף תקופה זו (120 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה.

4.7.7.3. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.7.8. פרישה של מבטח זכאי מהביטוח וצירופו בשנית:

4.7.8.1. מובהר בזאת כי מבטחים זכאים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, וממועד פרישתם עברו ששה חודשים, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. במקרה של מבטחים זכאים, אשר הביעו התנגדותם להצטרפות אובליגטורית לתכנית ביטוח זו, במועד תחילת זכאותם,

הצטרפותם לביטוח תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות ומותנית בהסכמה ובאישור מפורש של בעל הפוליסה ושל המבטח. מבטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופות האכשרה הנקובות (אם קיימות) בכל פרק.

4.7.8.2. צירוף בני משפחה בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח המבטח הזכאי.

4.7.8.3. במקרה של מבטח זכאי שנפטר/ה עם זכאות לביטוח, ימשיכו בני המשפחה המבטחים להיות מבטחים כל עוד ההסכם ממשיך להיות בתוקף, (לרבות בעת חידוש) באמצעות אמצעי גביה ישיר למבטח.

4.7.9. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות:

4.7.9.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימי עבודה, מיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

4.8. צירוף מבטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

התשס"ט:

4.8.1. מוטלת על המבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

4.8.1.1. במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1 ד(ג) לחוק עובדים זרים.

4.8.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

4.8.1.3. לא יצרף המבטח מבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים מסוגים מסוימים (בסעיף זה- 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- המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

4.8.2. סעיף 4.8.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

4.8.2.2. 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; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי"- שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

4.8.2.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף 5.9.1 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

4.8.2.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים במועד חידושה.

4.8.2.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה

בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל
בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו
מועד.

4.8.2.4. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו

קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק
כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים
האלה:

- 4.8.2.4.1. ניתוחים.
- 4.8.2.4.2. תרופות.
- 4.8.2.4.3. השתלות.
- 4.8.2.4.4. מחלות קשות.
- 4.8.2.4.5. שיניים.
- 4.8.2.4.6. תאונות אישיות.

5. מתן מסמכים למבוטח - בהתאם לסעיף 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

5.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת

המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח
לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח,
דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

5.2. על אף האמור לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו

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

5.2.1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

5.2.2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.

5.2.3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

5.3.1. שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.

- 5.3.2.** סכום הביטוח שרכש מבטוח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.
- 5.3.3.** הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבטוח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבטוח.
- 5.3.4.** תוספת חיתומית לגבי מבטוח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלם נקבעה התוספת האמורה.
- 5.3.5.** אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- 5.3.6.** פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 5.4.** חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.
- 5.5.** נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

6. מתן הודעות למבטוח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

- 6.1.** חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 6.1.1.** חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים 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.

6.1.2. 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.

6.1.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה 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.

6.1.4. חלה על מבטח 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.

7. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות:

7.1.1. 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 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו

כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

7.1.2 אם תוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלח המבטח הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

7.1.3 אירע 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 אצל המבטח 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.

7.1.4 מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו.

7.2 המבטח זכאי בשלב בחינת תנאי ההצטרפות, לפנות לכל גורם לגביו ניתן היתור לקבלת מידע אודות מצבו הרפואי של המבוטח. לא עשה כן, יהיה מנוע מלטעון בשלב התביעה כי המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח או פחתה חבות המבטח, בשל מצב רפואי קודם.

8. תביעות:

8.1 הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח:

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטח תוך זמן סביר לאחר שנודע לו, ועל המוטב להודיע למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

8.2 **בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח:**

8.2.1 משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

8.2.2 על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים

לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

8.3. מבלי לגרוע מזכאותו של המבטוח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין,

המבטוח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבטוח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, וכן אם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.

8.4. יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: ניתוחים בחו"ל, השתלות בחו"ל

וטיפולים מיוחדים בחו"ל, יפנה המבטוח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.

8.5. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך

בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבטוח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 6.4 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

8.6. למרות האמור בס' 6.4 לעיל, אם בוצע במבטח טיפול רפואי טרם

קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבטוח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

8.7. יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי

של רופא או המטפל ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

8.8. זמני טיפול בתביעה:

8.8.1. המבטוח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות

דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

8.8.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת

SMS ומייל המעדכנים את המבטוח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.

8.8.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שגישים המבטוח בכל

הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבטוח

למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.

8.8.4 אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח בשיחה טלפונית למבוטח, ובנוסף גם במייל מתועד, יעדכו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.

8.8.5 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

8.8.6 לא אושרה התביעה תוך פרק הזמן הקבוע בס' 6.8.5, יהיה זכאי המבוטח לפנות לוועדת הערר, וזו תהיה מוסמכת לאשר את התביעה עפ"י המידע והמסמכים שהגיש המבוטח.

9. הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח:

8.9.1 לא קוימה חובה לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 (ב) במועדה, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

8.9.1.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

8.9.1.2 אי קוימה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

8.9.2 עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

9. תגמולי ביטוח:

9.1 מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו.

9.2 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח:

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

9.2.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם:

9.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.

9.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

9.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

9.3 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם:

9.3.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחיו ו/או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח את הקדמת התשלום לנותן השירות ו/או למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי.

9.3.1.2. המבוטח ימסור למבטח כל הקבלות (מקור ו/או העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי.

9.3.1.3. אם יידרש לכך, על המבוטח לצרף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים, ואישור של אותו הגורם לגבי הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

9.3.1.4. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של

המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

9.3.1.5. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבוטח, ובכפוף לאישור התביעה.

9.4. טיפולים רפואיים בחו"ל:

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

9.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר:

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

9.6. פטירת מבוטח:

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

9.7. יובהר, כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

9.8. זכאות במהלך שירות צבאי סדיר:

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר, כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

10. ערעור על החלטת המבוטח:

10.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבוטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

10.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

- 10.3. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 10.4. ועדת הערר תורכב מ-3 נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ ביטוח המקובל על הצדדים. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות חבריה.
- 10.5. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 10.6. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה"). במקרים בהם לא הושגה הסכמה, יועץ ביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת המומחה. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 10.7. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 10.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. זכות שיבוב כלפי צד שלישי:

- 11.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית שב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 11.2. קיבל המבטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 11.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

11.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.

12. כפל ביטוח- בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

12.2. 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.

13. הצמדה:

13.1. כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית, ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבוטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.

13.2. חישוב הצמדה יעשה ע"י המבוטח לגבי תגמולי הביטוח בקורות מקרה הביטוח, או ע"י המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

13.3. מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתקבלו בתוך 4 ימי עבודה מהמועד הנקוב.

14. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח:

המבוטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט אם המבוטח לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 60 יום, ו/או בעל הפוליסה לא שילם את דמי הביטוח כמוסכם, במקרה זה, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח, יבוטל הביטוח לאותו מבטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח.

14.1. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה:

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבוטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס

לתקופו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים. בכפוף להעברת קבוצת המבוטחים למבטח אחר.

14.2. מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של המבוטח, המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת.

14.3. יובהר, כי ביטול הפוליסה של המבוטח הזכאי יהווה גם ביטול הפוליסה של כל בני משפחתו. ביטול הפוליסה עבור בן משפחה של המבוטח הזכאי לא יהווה ביטול הביטוח של המבוטח הזכאי ו/או של המבוטחים האחרים.

15. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים- בהתאם לסעיף 8 בתקנות ביטוח

בריאות קבוצתי:

15.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה והודיע המבוטח בכתב למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 90 ימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 90 הימים כאמור.

15.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו 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 ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בפוליסה לעיל. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3. על אף האמור בסעיף 16.1 ובנוסף לאמור בסעיף 17.1, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח

יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. תום הביטוח ו/או הפסקתו:

16.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

- 16.1.1.** יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 16.1.2.** היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח הזכאי את עבודתו ו/או את חברתו אצל בעל הפוליסה.
- 16.1.3.** שלושה ימים לאחר המועד בו הודיע המבוטח בכתב למבטח, על הפסקת הביטוח לגביו.
- 16.1.4.** לגבי בני משפחה – היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ או בדרך אחרת על ביטול הביטוח עבור המבוטח הזכאי ו/או על סמך הודעה בכתב של המבוטח הזכאי על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.
- 16.1.5.** מות המבוטח.

16.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות

קבוצתי התשס"ט:

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 17.1, ויחולו כל הכיסויים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

17. המשכיות:

17.1. סיום ההסכם או ביטול:

- 17.1.1.** עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטול ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים וסכומי ביטוח חופפים או, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטול.
- 17.1.2.** דמי הביטוח למבוטחים זכאים ובני משפחתם יהיו בתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסיה במועד רכישת

הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל ומין המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי ובהנחה בגובה 25% לכל חיי המבוטח ו/או הפוליסה בתנאי שצורך לביטוח הפרטי באמצעות המבטחת.

17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 120 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית והתשלום עבורה תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים מהכלול בפוליסה זו.

17.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 17.1.2 מתייחס לכיסויי וסכומי ביטוח חופפים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה המבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

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

17.1.8. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.

17.1.9. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים וההנחה המוצעת.

17.2. המשכיות הביטוח עקב סיום זכאות אצל בעל הפוליסה:

17.2.1. בנוסף לאמור בסעיף 15.3 לעיל, מבוטח זכאי שהסתיימה

זכאותו (שסיים את חברותו ו/או עבודתו) אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור לרכוש ביטוח

רפואי פרטי הכולל כיסויים וסכומי ביטוח חופפים מאלה בהם היו מבטחים לפני סיום הזכאות, ובלבד שהיה מבטח בתכנית ביטוח זו במשך 36 חודשים לפחות.

17.2.2. דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסיה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל ומין המבטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום זכאותו של המבטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים.

17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום זיקתו לבעל הפוליסה.

17.2.5. עובד שיצא לגמלאות מבעל הפוליסה יהיה זכאי להמשכיות ברצף ובהנחה של 25% לכל החיים, זאת בכפוף לכך שההתקשות בפוליסת ההמשך תהא באופן ישיר מול המבטחת.

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

17.2.7. האמור לעיל יחול, בשינויים המחויבים, גם על הפסקת הביטוח עקב גירושין של מבטח זכאי אצל בעל הפוליסה.

17.3. המשכיות הכיסוי לפיצוי בעת גילוי מחלות קשות למבטח זכאי המגיע לגיל 47:

17.3.1. הביטוח לגילוי מחלה קשה כאמור בפרק ז', יסתיים עבור כל מבטח זכאי בתום החודש בו מלאו לו 47 שנה. המבטח יהיה זכאי להמשיך את הכיסוי הביטוחי ברצף ביטוחי מלא במסגרת פוליסה זו ובתנאי שהגיש בקשת המשכיות תוך 90 ימים ממועד תום הכיסוי הביטוחי והסדרת אמצעי התשלום באופן אישי.

17.3.2. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבטח יסדיר את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

- 17.4.** המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת מבטוח זכאי: מובהר, כי שאיריו (בני משפחה) המבטוחים של מבטוח זכאי שנפטר ימשיכו להיות מבטוחים על פי תנאי פוליסה זו, ודמי הביטוח ישולמו למבטוח במישרין ע"י השארים (בני משפחה).
- 17.5.** יובהר מעל לכל ספק כי מבטוח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.

18. זכויות המבטוחים הזכאים בתקופת חל"ת/חל"ד:

מבטוח זכאי שיצא לחופשה ללא תשלום ו/או לחופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), ופסקה הזיקה בינו ובין בעל הפוליסה בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטוח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל המבטוחים הוולונטריים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטוח את דרך תשלום דמי הביטוח, ולחילופין ישמור על זכאות לרצף ביטוחי לתקופה שאינה עולה על 6 חודשים.

19. זכויות המבטוחים בתקופת פלושיפ בחו"ל:

מבטוח זכאי שיצא לפלושיפ, ופרטיו הועברו למבטוח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת הפלושיפ, בתעריף הנהוג לכלל המבטוחים, בכפוף לכך שיסדיר עם בעל הפוליסה את דרך תשלום דמי הביטוח, ולחילופין יסדיר עם בעל הפוליסה שמירה על זכאות לרצף ביטוחי (ברות ביטוח) לתקופה שאינה עולה על 36 חודשים.

20. ברות ביטוח:

- מבטוחים זכאים ובני משפחתם שיצאו אתם אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום ברצף, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה כדלקמן:
- 20.1.** במהלך תקופת ברות הביטוח המבטוח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.
- 20.2.** במהלך תקופת ברות הביטוח המבטוח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר הייתה משולמת על ידו או עבורו אם היה מבטוח רגיל.
- 20.3.** עם שובו של המבטוח להתגורר בישראל, יוכל לשוב ולהצטרף לפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי שיודיע לחברת הביטוח על חזרתו לארץ ורצונו לחזור ולהצטרף לפוליסה בהיקף כיסויים מלא. ובתשלום הפרמיה במלואה. כל זאת עד 90 יום מיום חזרתו לארץ.

- 20.4.** תקופת ברות הביטוח תסתיים עם סיום הפוליסה. אולם, אם רכש המבוטח הזכאי ובני משפחתו המבוטחים פוליסת המשך, יוכל להאריך את תקופת ברות הביטוח בפוליסה הפרטית בתנאים המפורטים לעיל ובכפוף לכך שההתקשרות מול החברה המבטחת תבוצע באופן ישיר.
- 20.5.** הודעות למבוטחים במהלך תקופת ברות הביטוח תשלחנה למבוטח עפ"י הכתובת האחרונה בישראל עליה הודיע המבוטח למבטח ו/או באמצעות דואר אלקטרוני. לא תשלחנה הודעות לכתובות בחו"ל.
- 20.6.** לצורך הפעלת ברות הביטוח על המבוטח להודיע לחברה בכתב, ובצירוף מסמכים המעידים על עזיבת הארץ לתקופה העולה על 90 יום וכן על תאריך תום ברות הביטוח ומעבר לחידוש הביטוח ברצף.

21. שינויים בפוליסה:

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

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

יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

23. התיישנות:

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

24. חוק הביטוח:

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

25. הודעות:

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום ו/או בהודעת דואר אלקטרונית. הודעה שתשלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

26. מקום שיפוט:

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

27. פרשנות:

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החביות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנוסיות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן. בעל הפוליסה אינו אחראי לטיב הכיסוי הניתן על פי הפוליסה, כל הוצאה שתהא לבעל הפוליסה בגין תביעה נגדו בקשר לפוליסה זו וכל תביעה כאמור שתוגש נגדו תנוהל ותכוסה על ידי המבטח.

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל.

- 1.1 לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.
- 1.2 לעניין סעיף זה- המועד הקובע לחבות המבוטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול.

2. חבות המבטח:

2.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה- המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד

מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

2.1.1 מסלול שיפוי:

2.1.1.1 ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח

2.1.1.2 אם ההשתלה בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן (למען הסר ספק, התקרות הקבועות בסעיף 3.3 להלן, אם נקבעו, לא יחולו במקרה זה). לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח"- המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתיאום עם המבטח").

2.1.1.3 ביצוע השתלה שלא בתיאום עם המבוטח במקרה של

ביצוע ההשתלה שלא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 6,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

2.1.1.4. תנאי לחבות המבטח:

חבות המבטח לשיפוי המבטוח בגין ביצוע השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

2.1.1.4.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על

פי הדין החל באותה מדינה.

2.1.1.4.2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור

סחר באיברים.

2.2. סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:

2.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע בתאום עם המבטח, יישא המבטח

במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי

השירותים המפורטים בסעיף 2.3 להלן.

2.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד לא בתאום עם המבטח,

הסכום המרבי לשיפוי הינו **1,500,000 ₪ לכל מקרה ביטוח**.

2.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה או טיפול

מיוחד בחו"ל:

2.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל

ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבטוח לפני ביצוע

ההשתלה או הטיפול המיוחד.

למען הסדר הטוב יובהר, כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן

טיסות הלך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

2.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבטוח בין

במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה

ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטוח בגין

הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר

המושגת, קצירת האיבר המושגת, ו/או ביצוע פעולות אחרות

הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר

המגודל או האיבר המודפס או האיבר המיוצר בטכנולוגיה

אחרת, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו,

שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים

בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של

המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 250,000 ₪
למקרה ביטוח.

2.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

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

2.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי ו/או איבר מלאכותי אחר:

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

2.3.6. הוצאות חדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות חדר ניתוח כמוגדר לעיל, בהתאם להוצאות בפועל.

2.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

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

2.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 2.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע

ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

2.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל **ועד לתקרה של 120,000 ש"ח**. הטסה רפואית משמעה – הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבטח קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

2.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

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

2.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של **1,000 ש"ח ליום**. אם גיל המבטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה **1,500**

ש"ח לכל יום. מובהר, כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

2.3.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, אם בוצעו במהלך 12 חודשים מביצוע ההשתלה בפועל, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי. הכל ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל ו/או בחו"ל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

2.3.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד לסכום של **250,000 ₪**.

2.3.14. הוצאות הטסת גופה:

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

2.3.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול מיוחד:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד **200,000 ₪ למקרה ביטוח אחד**. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.3.16. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול מיוחד ועד 50,000 ₪.

2.3.17. כל התשלומים להשתלה או לטיפול בחו"ל, כמפורט בסעיפים לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים להוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים

על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול בחו"ל, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, **בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול בחו"ל**, בהתאמה.

2.3.18. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל.

2.3.19. גמלת החלמה לאחר השתלה בארץ או בחו"ל:

2.3.19.1. **לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה**

זכאי המבוטח בחייו, לגמלה חודשית

כדלקמן:

2.3.19.1.1. למבוטח שבעת ביצוע ההשתלה

מעל גיל 21 תשולם גמלה

חודשית בסך **5,000 ₪** מיום

ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה

בת 24 חודשים. למבוטח עד גיל

21 תשולם גמלה חודשית בסך

2,500 ש"ח, מיום ביצוע

ההשתלה, ולמשך תקופה בת

24 חודשים.

2.3.19.1.2. גמלה עפ"י סעיף 2.3.19.1.1

לא תשולם למבוטח שעבר

השתלת קרנית או השתלת מח

עצם.

2.3.19.1.3. אם אושרה תביעתו של

המבוטח לבצע השתלה על פי

תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי

מבוטח שגילו מעל 21 שנים,

לקבל תשלום גמלה עוד בטרם

בוצעה ההשתלה, למשך 12

חודשים, ובתנאי שתקופת

תשלום הגמלה לא תעלה על

36 חודשים בסך הכול. תנאי

לתשלום הגמלה כאמור בס"ק

זה הוא כי המבוטח המציא
אישור כי הוא נרשם במרכז
הלאומי להשתללות בישראל.

2.3.19.2. לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל יהיה זכאי

המבוטח לגמלה חודשית כדלקמן:

2.3.19.2.1. למבוטח שבמועד ביצוע הטיפול

גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי
לגמלת החלמה בסך **3,000** ₪
לחודש לתקופה מירבית בת 6
חודשים. הגמלה תשולם החל
ממועד השחרור מאשפוז בבית
החולים במהלכו בוצע הטיפול
המיוחד.

2.3.19.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול

טרם מלאו לו 21 שנים יהיה
זכאי לגמלת החלמה בסך
1,750 ש"ח לחודש לתקופה
מירבית בת 6 חודשים. גמלת
ההחלמה תשולם ממועד
השחרור מאשפוז בבית החולים
במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3. תנאי לחבות המבטח:

יובהר, כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח,
בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4. חריגים לפרק זה:

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

4.1. השתלות וטיפולים ניסיוניים הדורשים אישור ועדת הלסינקי.

4.2. השתלת מסתם לב לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח

לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.

פרק ה'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. ניתוח בחו"ל:

1.1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח בחו"ל.

1.2. תגמולי הביטוח:

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

1.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח- המבטח ישפה את

המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

לעניין זה "תיאום עם המבטח": אישור מראש על

זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי

על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם

נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול,

ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

1.2.1.2. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח- המבטח

ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז,

בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח

ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי

שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.

1.2.2.

שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים המבטח ישפה

את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו

או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

1.2.3.

המשך טיפול בישראל:

מבוטח אשר בחר לבצע ניתוח בחו"ל וביצוע הניתוח אושר ע"י

המבטח יהיה זכאי לשירותים הרפואיים והשיקומיים שלהלן

ואלה בלבד:

- 1.2.3.1 **שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבטח לישראל:**
המבטח ישפה את המבטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבטח לישראל, **בשיעור 80% ועד 2,500 ש"ח** להתייעצות. המבטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.
- 1.2.3.2 **טיפול שיקום לאחר ביצוע ניתוח:** מבטח יהיה זכאי להשתתפות בגין טיפולי השיקום המפורטים להלן, אשר ניתנו לו בישראל עד 90 ימים ממועד השחרור מאשפוז במהלכו בוצע ניתוח:
- 1.2.3.3 **התייעצות עם רופא שיקומי לאחר ניתוח בחו"ל:** המבטח ישתתף **בשיעור 80% מעלות 2 התייעצויות** עם רופא ומחה ברפואה שיקומית, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות.
- 1.2.3.4 **שיקום דיבור וראיה:** המבטח ישתתף בעלות **בשיעור 80%** מעלות טיפולים לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של **200 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים** לאחר ביצוע ניתוח או השתלה בחו"ל.
- 1.2.3.5 **התעמלות שיקומית:** המבטח ישתתף **בשיעור 80%** מעלות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח או השתלה בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, **עד לסכום של 200 ₪ לכל חודש.**
- 1.2.3.6 **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום:** המבטח ישתתף **בשיעור 80%** מעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבטח, **עד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים** לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל הטיפול ינתן עפ"י הוראת רופא שביצע את הניתוח או רופא שיקומי.
- 1.2.3.7 **רכישת או השאלת אביזרים רפואיים:** המבטח ישתתף **בשיעור 80%** מעלות רכישת או השאלת אביזרים רפואיים הנדרשים על פי המלצת רופא מומחה לאחר ועקב ביצוע ניתוח בחו"ל וכתוצאה ישירה מביצועו, **עד לתקרה של 2,000 ₪.**
- 1.2.3.8 **יעוץ/טיפול פסיכולוגי לפני או לאחר ניתוח בחו"ל:** מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח **בשיעור 80% ועד 240 ₪,**

עבור כל יעוץ ו/או טיפול שניתנו לו ע"י: פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, לפני ביצוע ניתוח או במהלך 90 ימים לאחר ביצוע הניתוח, ועד 12 טיפולים סה"כ.

2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

2.1 מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול מחליף ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בחו"ל. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב טיפול מחליף ניתוח" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח.

2.1.1 תנאי לחבות המבטח:

המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח

בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

2.1.1.1 רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.

2.1.1.2 הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח במבוטח.

2.1.1.3 הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.

2.2 תגמולי הביטוח:

2.2.1 טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.2.1.1 טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה עד שיעור של 200% מעלות ביצוע ניתוח בארץ, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.

2.2.1.2 עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:

- 2.2.1.3. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.
- 2.2.1.4. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.
- 2.2.1.5. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

3. הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:

במקרה שתקופת האשפוז והשהייה בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 7 ימים רצופים וכן במקרה בו קיים צורך רפואי ממשי עקב חוסר ניסיון בביצוע הפעולה המתבקשת בישראל, וקיימת המלצה של רופא המומחה לאותו מצב רפואי, לביצוע הפעולה בחו"ל, בנוסף לאמור בסעיפים לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים:

3.1. כיסוי להוצאות הטסה:

תשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך רפואי בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 80,000 ש"ח.

3.3. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:

הוצאה בשיעור 80% מהוצאות שהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 800 ש"ח ליום, ועד תקרה של 45 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח בחו"ל:

בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו

בח"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 800 ₪ ליום, ועד 15 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

3.6. הוצאות לאחר ניתוח:

3.6.1. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בחו"ל:

המבטח ישתתף בהוצאות ההחלמה ו/או שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.6.2. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום:

המבטח ישתתף בשיעור 80% ועד 165 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים, עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל שלא במסגרת אשפוז. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה:

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל.

4.2. יובהר, כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. חריגים מיוחדים:

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת ולמעט ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ-40.
- 5.2. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות/ הזרקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה לרבות CT ו- MRI שאינן במהלך או קשורות באופן ישיר ל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 5.3. ניתוחי או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.4. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.
- 5.5. פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 5.6. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.
- 5.7. טיפולים מחליפי ניתוח אשר מהווים תרופה מכל מין וסוג שהוא, בין אם היא כלולה בסל שירותי הבריאות, ובין אם לאו. תרופה לצורך סעיף זה תיחשב כחומר כימי או ביולוגי או תכשיר מכל מין וסוג שהוא, כהגדרתו בפקודת הרוקחים, התשמ"א-1981, אשר מטרתו לאבחן ו/או לטפל ו/או לרפא ו/או למנוע התפתחות או הישנות של מצב רפואי כלשהו ו/או להקל על סימפטומים רפואיים.
- 5.8. טיפולים מחליפי ניתוח שלא יבוצעו ע"י נותן הטיפול המחליף ניתוח כהגדרתו בסעיף ההגדרות לעיל ו/או במרפאה שאינה רשומה בפנקס המרפאות ו/או בבית חולים או במרפאה, בישראל או בחו"ל, שאינם מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

פרק ו'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות

1. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך, על פי הוראת רופא מומחה, נטילת תרופה כהגדרתה בסעיף ההגדרות ולהלן, לצורך טיפול במצבו הרפואי, באורח חד פעמי או מתמשך.

1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות: (להלן "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח או אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תחשב כתרופה ניסיונית.

1.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:

כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכחה בפועל לאחר שלושה חודשים כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח או הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.3.1 פרסומי ה- FDA

1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug information

1.3.3 US Pharmacopoeia Drug Information

1.3.4 Drugdex

1.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National

Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

- NCCN
- ASCO

- NICE
- ESMO Minimal Recommendation

1.4. תרופת יתום:

כל תרופה, המשמשת לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים) או תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על-ידי הרשויות המוסכמות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

1.5. תרופה מותאמת אישית:

למרות האמור לעיל מובהר כי כל תרופה שניתן עבורה אישור על פי תקנה 29 (3) א' (3) לתקנות הרופאים ו/או תרופה שאינה נכללת בכיסוי לתרופות מיוחדות, שהותאמה גנטית למחלת המבוטח ו/או תרופה למבוטח חולה בסכנת חיים הן תרופות המכוסות על פי פוליסה זו. לרבות מבלי לפגוע בכלליות האמור כל תרופה המוגדרת IND ו/או חמלה, על פי המלצה ואישור רופא מומחה בכיר בתחום, עד תקרה כוללת בגובה 50,000 ₪ לחודש למשך שלושה חודשים, והיה אם יוכח על ידי תיעוד רופא מומחה כי היא יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח וכי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה – עד 800,000 ₪ לכל תקופת ביטוח של 36 חודש.

2. מועד קרות מקרה הביטוח:

המועד בו ניתנה למבוטח לראשונה המלצה בכתב מאת רופא מומחה ליטול את הטיפול התרופתי. למרות האמור, מבוטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי בחלוף התקופות הנקובות בסעיף 5 אשר בפרק ב' "חריגים כלליים" בפוליסה, לפי העניין.

3. תגמולי ביטוח:

- 3.1. סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי:**
- 3.1.1.** הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 1.1-1.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך **3,000,000 ₪** עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופה של 36 חודש.
- 3.1.2.** סכום הביטוח המרבי עבור ס' 1.5 לעיל יהיה בשיעור **800,000 ₪** עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופה של 36 חודש.
- 3.1.3.** יובהר, כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח על פי הפוליסה כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר.

4. השתתפות עצמית:

- 4.1.** המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך **400 ₪** בגין כל מרשם ומקסימום **800 ₪** לכל המרשמים החודשיים.
- 4.2.** אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 3,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 4.3.** המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

5. ויטמינים ו/או תוספי מזון ו/או קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן:

המבטח יישא בשיעור של **80% מעלות** תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, וכן עבור עלות קנאביס רפואי, כל אלה על פי הוראת הרופא המטפל, **ועד 1,000 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית של 36 חודשים** ממועד גילוי המחלה.

6. בדיקות גנומיות:

- 5.1.1.** המבטח יישא בשיעור של **80% עלות** בדיקה גנטית לאבחון מוקדם, הערכת הופעת סרטן בעתיד, ובחולי סרטן, לאיתור מוטציות, ובדיקה גנומית לאבחון רקמת הגידול לצורך התאמת טיפול תרופתי ממוקד לגידול הספציפי. הכיסוי כולל התייעצות עם גנטיקאי ו/או פרמקולוג, **ועד לסך של 60,000 ₪ למקרה ביטוח אחד.**

5.1.2. תנאי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים:

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

- 7.1** טיפולים או תרופות לצורך ניסוי או מחקר. מובהר כי תרופות המצוינות בסעיף 1 בפרק זה לא יחשבו כניסיוניות.
- 7.2** תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפול שיניים.
- 7.3** טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית ו/או הומאופטיים ו/או תרופות אלטרנטיביות.
- 7.4** תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 7.5** טיפול בתרופות ו/או תוספי מזון ו/או מתחום טיפולי Anti-Aging שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה.
- 7.6** הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל: המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.
- 7.7** למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 120 יום, יהיה המבוטח זכאי לתמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ז' - פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים

אירע מקרה הביטוח, תשלם המבטחת למבטוח את סכום תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח שאירע **לאחר תחילת תקופת הביטוח** וזאת, בכפיפות לתנאים, להוראות, לחריגים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו או מצורפים לה או שיצורפו לה על ידי תוספת ו/או נספח ו/או תכנית ביטוח זו והמהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבטוח הינו מבטוח על פיו וכן בתנאי שתכנית ביטוח זו הינה בתוקף לגבי אותו מבטוח בעת קרות מקרה הביטוח ובכפוף להצעה, להצהרות ולהודעות שאותן מסר המבטוח למבטחת המהוות חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

1. הגדרות

- 1.1. **מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה** - מקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 2 להלן, על סעיפיו הקטנים, שאובחן אצל המבטוח במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה. **למען הסר ספק, יובהר כי מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם ומקרה ביטוח מיוחד כהגדרתם בתכנית ביטוח זו אינם נכללים תחת הגדרת מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה.**
- 1.2. **מקרה ביטוח ראשון** של גילוי מחלה קשה- מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה כהגדרתו לעיל, הראשון שארע למבטוח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.3. **מקרה ביטוח נוסף** של גילוי מחלה קשה- כל מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה שארע למבטוח, לאחר קרות מקרה ביטוח ראשון ו/או קודם של גילוי מחלה קשה.
- 1.4. **מקרה ביטוח קודם** של גילוי מחלה קשה - מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה, האחרון שארע למבטוח בתקופת הביטוח. (לדוגמה: בקרות מקרה ביטוח שלישי למבטוח במהלך תקופת ביטוח, מקרה הביטוח הקודם ייחשב כמקרה הביטוח השני שארע למבטוח במהלך תקופת הביטוח).
- 1.5. **מקרה ביטוח מיוחד**- אחד מהמקרים המפורטים להלן:
 - 1.5.1. **טיפול במפרצת מוחית (Treatment of Cerebral aneurysm)** - מקרה בו המבטוח עבר טיפול של מפרצת מוחית ע"י קרניוטומיה (ניתוח חיתוך בגולגולת) או רדיוכירורגיה סטראוטקטית או עבר טיפול אנדו-וסקולרי ע"י סליל במטרה לגרום לפקקת (חסימה) של המפרצת המוחית. **הכיסוי אינו מכסה מלפורמציה (עיוות) מוחית עורקית ורידית.**

- 1.5.2. **הוצאת גלגל העין (Removal of an eyeball)** - הוצאה
כירורגית של עין אחת עקב מחלה או טראומה.
- 1.5.3. **צנתור כלילי טיפולי – (CORONARY ANGIOPLASTY)** -
טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר
באמצעות ניפוח בלון בצנתור (TRANSLUMINAL
(ANGIOPLASTY) (CORONARY)
(PERCUTANEOUS) חיתוך בלה, (ARTHERECTOMY)
השארית תומכן (CORONARY STANTING) ו/או פעילות תוך
עורקית דומה. **בכפוף לכך שהתקיימו התנאים הבאים במצטבר:**
- 1.5.3.1. ביצוע הצנתור הכלילי הטיפולי הכרחי מבחינת רפואית
על פי חוות דעתו של קרדיולוג מומחה.
- 1.5.3.2. קיימת הוכחה אנגיוגרפית של מחלה כלילית חסימתית
משמעותית (הצרות של לפחות 60%).
- 1.5.3.3. צנתור כלילי טיפולי לא יכול שיטות לייצר לחידוש
אספקת הדם ו/או פעולות אבחנתיות ו/או צנתורים
אבחנתיים.
- 1.6. **סכום הביטוח** - הסכום המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח, שתשלם
המבטחת למבוטח כתגמולי ביטוח בקורות לו מקרה הביטוח בהתאם
להגדרות בתכנית ביטוח זו, כשהוא צמוד למדד, ובכפוף למפורט בסעיף 4
על סעיפיו הקטנים להלן.
- 1.7. **פעולות ה- ADL (Activities of Daily Living)**
- 1.7.1. **לקום ולשכב:** יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב
שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא
גלגלים או ממיטה.
- 1.7.2. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש
ולפשט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה
רפואית או גפה מלאכותית.
- 1.7.3. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה,
להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה
והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- 1.7.4. **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו
בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש),
לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

- 1.7.5. **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
- 1.8. **ניידות:** יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.
- 1.9. **תקופת אכשרה- בנוסף על האמור בסעיף 1.48 בנספח תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות (תקופת אכשרה), המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו בקרות מקרה ביטוח לפני תום תקופות האכשרה המפורטות להלן:**
- 1.9.1. בגין מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה וכן בגין מקרה ביטוח של סרטן מוקדם ומקרה ביטוח מיוחד: תחול תקופת אכשרה אשר תחילתה ביום תחילת הביטוח וסיומה בתום 90 ימים ממועד זה.
- 1.9.2. בגין מקרה ביטוח נוסף של גילוי מחלה קשה (מקרה ביטוח שני ואילך): תחול תקופת אכשרה נוספת שתחילתה במועד קרות מקרה ביטוח קודם של גילוי מחלה קשה, וסיומה בתום 180 ימים ממועד זה.
- למרות האמור, בקרות מקרה ביטוח נוסף של גילוי מחלה קשה, כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל, שארע לאחר קרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה מקבוצה ראשונה (המחלות בקבוצה זו מפורטות בסעיף 2.1), תחול תקופת אכשרה ארוכה יותר, שתחילתה במועד גילוי המחלה הקשה מהקבוצה הראשונה וסיומה בתום 365 ימים ממועד זה.**
- 1.9.3. בגין כיסוי נוסף כמפורט בסעיף שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא. לתכנית ביטוח זו, תחול תקופת אכשרה אשר תחילתה ביום תחילת הביטוח וסיומה בתום 90 ימים ממועד זה.

1.9.4. לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח שארע עקב תאונה.

2. מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה

מקרה ביטוח הינו אבחון אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי, בין מחלתי ובין תאונתי, כמפורט בקבוצות המופיעות בסעיף זה להלן, אשר בהתקיימו, בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה זכאי המבוטח לתשלום סכום הביטוח בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ולהלן:

2.1. קבוצה ראשונה (להלן: הקבוצה הראשונה):

בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה הראשונה:

2.1.1. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

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

2.1.1.1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

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

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

2.1.1.4. צהבת, מעמיקה;

2.1.2. מחלת כבד סופנית (שחמת) Terminal Liver Disease

((Cirrhosis)) - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

2.1.2.1. צהבת;

2.1.2.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

2.1.2.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

2.1.2.4. אנצפלופטיה כבדית;

2.1.2.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט,

הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או

מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלינזם.

2.1.3. השתלת איברים (Organ Transplantation) –

2.1.3.1. אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מבניהם:

2.1.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי

להשתלות בישראל בדבר הצורך

בכריתה כירורגית או בהוצאה מגוף

המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב,

כבד, וכל שילוב ביניהם, ובהשתלת

איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו

מגופו של אדם אחר במקומם, או איבר

מלאכותי.

2.1.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה

בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים,

הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

2.1.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות

על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה

עתידה להתבצע.

2.1.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים

לעניין איסור סחר באיברים.

2.1.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 2.1.3.2 לא

תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת איברים,

ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של

המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך

בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.

2.1.4. תרדמת (COMA) – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט

לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי

הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות

תומכות חיים.

2.1.5. עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis) – מחלה

המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף,

והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד

ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תיעשה על ידי רופא פנימאי מומחה.

2.1.6 מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

2.1.6.1 נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30%

מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

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

2.1.7 מצב וגטיבי קבוע (צמח קבוע) (Persistent Vegetative State)

מצב רפואי רצוף וקבוע של לפחות חודש אחד, המתבטא בחוסר היענות ומודעות שנובעת מאי תפקוד של ההמיספרות המוחיות כאשר גזע המוח, נותר בשליטה בפעולות הנשימה ובפעולות הלבביות שנתרות שלמות. האבחנה מבוססת על הקריטריונים הבאים במצטבר:

2.1.7.1 חוסר מודעות מוחלט של המבוטח כלפי הסביבה וכלפי עצמו.

2.1.7.2 חוסר יכולת לתקשר עם אחרים.

2.1.7.3 גירוי חיצוני לא יגרום להתנהגות מאוששת או ברת התחדשות.

2.1.7.4 תפקודים שמורים של גזע המוח (היעדר תפקודים קוגניטיביים אבל קיימים תפקודים פיזיולוגיים) (שלא ברצון ולא בהכרה).

2.1.7.5 למען הסר ספק, מובהר שהכיסוי לא יכלול הפרעות נוירולוגיות או פסיכיאטריות ברות טיפול עם בדיקות ניאורופיזיולוגיות וניאורופסיכולוגיות מתאימות או תהליכי הדמיה.

- 2.2. קבוצה שנייה: (להלן: הקבוצה השנייה)
בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסיווגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השנייה:
- 2.2.1. **אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infarction)** -
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:
- 2.2.1.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.
- 2.2.1.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- 2.2.2. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.
- למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**
- 2.2.3. **ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)** - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- 2.2.4. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן לרבות ביצוע פרוצדורה רפואית באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר
- 2.2.5. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24

שעות, והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות, **כל זאת, להוציא TIA.**

2.2.6. קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

2.2.7. סוכרת נעורים לילד עד גיל 20 (Juvenile Insulin Dependent Diabetes (up to 20)) - פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחוסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 20, ובתנאי שנדרש טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הבלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שהיא נמשכת לפחות 6 חודשים ברציפות.

2.2.8. דום לב עם השתלה של דפיברילטור (Cardiac Arrest –) (with insertion of a defibrillator)

הפסקה פתאומית של פעילות הלב (דום לב) שכתוצאה ממנה יש הפסקה בזרימת הדם בכל הגוף, הגורמת לאבדן הכרה, ועקב כך מתבצעת השתלה כירורגית של אחד מהאביזרים הבאים:

2.2.8.1. השתלת דפיברילטור אוטומטי (ICD).

2.2.8.2. סנכרון מחדש של פעולות הלב ע"י השתלת דפיברילטור עם קוצב לב דו חדרי (CRT-D).

**למען הסר ספק, לא יינתן כיסוי בגין המצבים הבאים:
השתלת קוצב לב.**

השתלת דפיברילטור ללא המצאות של דום לב.

דום לב מישני כתוצאה משימוש בסמים לא חוקיים.

2.2.9. נמק של חוט השדרה (שבץ ספנילי) - (Spinal stroke) - נמק

ומוות של רקמות חוט השדרה עקב אי אספקת דם או דימום בתוך חוט השדרה, הגורם לנזק וחוסר ניירולוגי קבוע, עם סימפטומים קליניים תמידיים.

2.3. קבוצה שלישית: (להלן: הקבוצה השלישית)

בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השלישית:

2.3.1. סרטן (Cancer)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מקרה הביטוח יכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

2.3.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של

Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים; (למרות האמור ובהתאם למפורט בסעיף 3.1.1 להלן יינתן כיסוי מופחת בגין מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד או בצוואר הרחם וזאת בהתאם לתנאים הקבועים בסעיף 4.3 להלן).

2.3.1.2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);

2.3.1.3. מחלות עור מסוג:

2.3.1.3.1. Basal Cell Hyperkeratosis ו - Carcinoma

2.3.1.3.2. Squamous Cell מחלות עור מסוג Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

2.3.1.4. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);

2.3.1.5. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ B cell lymphocytes $10,000/\mu l$ ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

2.3.1.6. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

2.3.1.7. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתת מקומית;

2.3.1.8. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא

מקבל טיפול תרופתי;

2.3.1.9. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר

בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה

תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

2.3.2. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) - תהליך שפיר

תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן

לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי

שאושר על-ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות

גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

2.3.3. השתלת מח עצמות (Bone Marrow Transplantation) -

2.3.3.1. אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מביניהם:

2.3.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי

להשתלות בישראל בדבר הצורך בהשתלה

של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

2.3.3.1.2. ביצוע הפרוצדורה הרפואית האמורה

בסעיף 2.3.3.1.1 לעיל.

2.3.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה

בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין

היתר, את ההוראות הבאות **במצטבר**:

2.3.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על

פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה

להתבצע.

2.3.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים

לענין איסור סחר באיברים.

2.3.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 2.3.3.2 לא תתקיים,

אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת מח עצמות, ששולם

למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז

הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם

בוצעה ההשתלה.

2.3.4. אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia) - כשל של

מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה,

נויטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

- 2.3.4.1 עירוי מוצרי דם;
- 2.3.4.2 מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
- 2.3.4.3 מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
- 2.3.4.4 השתלת מוח עצם.

2.3.5 **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

2.3.6 **פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

2.3.7 **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

2.3.8 **כוויות קשות (Severe Burns)** - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

2.3.9 **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

2.3.10 **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

2.3.11 **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי, כגון אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

- 2.3.12. **דיסטרופיה שרירית (Muscular Dystrophy)** - חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י ניורולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.
- 2.3.13. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניורולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.
- 2.3.14. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium Tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 2.3.15. **אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
- 2.3.16. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניורולוגי, הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
- 2.3.17. **ניוון שרירים מוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
- 2.3.18. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית, שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא ניורולוג

מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה:
גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

2.3.19. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים

הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת ניירולוג מומחה, 'יתירו נזק ניירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים. **הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

2.3.20. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)**

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

2.3.21. **דלקת חידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת

קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניירולוג מומחה, 'יתירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך, ואשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה-ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

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

2.3.22. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או

קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

2.3.23. **מחלת דוויק ניורומיאליטיס אופטיקה (Devic's disease)**

(Neuromyelitis optica – NMO)

אבחנה מוחלטת של מחלת דוויק ע"י רופא מומחה בתחום הניירולוגיה, המתבטאת בהפרעה קלינית ממשית של התפקוד

המוטורי או הסנסורי, כאשר ההתבטאויות הקליניות של הפרעות התפקוד נמשכות לפחות 6 חודשים רצופים לאחר קביעת האבחנה.

2.3.24. מחלת יעקוב קרויצפלד (Creutzfeldt-Jakob disease)

אבחנה סופית שנעשתה על ידי נוירולוג מומחה של מחלת יעקוב קרויצפלד. בכפוף לכך שמתקיימת הפרעה קלינית קבועה של התפקוד המוטורי והקוגניטיבי לפחות לתקופה של 3 חודשים רציפים, הכוללת הפרעה בכל אחד מהבאים במצטבר: זיכרון, הגיון תפיסה, הבעה, התבטאות. יובהר כי הכיסוי אינו כולל סוגים אחרים של דמנציה.

3. מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם

מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם הינו אבחון בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית של אחד מהמקרים הבאים המפורטים בסעיפים 3.1.1, 3.1.3 להלן, אשר אינו עונה על הגדרת סרטן כמפורט בסעיף 2.3.1 לעיל, אשר בהתקיימו, יהיה זכאי המבוטח לתשלום אחוז מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ולהלן:

3.1.1. **Carcinoma in Situ** בשד או בצוואר הרחם (**cervix cancer in situ**)

(**situ**) – גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של **Carcinoma in Situ** בשד (להלן: **Carcinoma in Situ** בשד) או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של **Carcinoma in Situ** בצוואר הרחם מסוג **CIN2, CIN3** (להלן: **Carcinoma in Situ** בצוואר הרחם) במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה.

3.1.2. **ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית** - גילוי גידול ממאיר בערמונית אשר

אובחן היסטולוגית ככזה, מסוג **Gleason Score** עד ל- 6 (כולל) **בלבד**; ואשר בעקבותיו, במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת האכשרה, ביצע המבוטח ניתוח שהינו נדרש רפואית לצורך טיפול בסרטן הערמונית. **ובלבד שהגידול בערמונית אינו עונה על הגדרת סרטן כמפורט בסעיף 2.3.1 לעיל**. בסעיף זה ניתוח לצורך טיפול הינו פעולה פולשנית חדירתית (**Invasive Procedure**), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה אצל המבוטח. במסגרת זו לא יראו כניתוח פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לצורך אבחון לרבות ביופסיה. למען הסר ספק,

יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין גידול שפיר של הערמונית (להלן: **ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית**).

3.1.3. Carcinoma in Situ באיברים נוספים- גילוי Carcinoma in Situ

במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה, באחד מהאיברים המפורטים להלן, כאשר המבוטח נדרש לניתוח להסרת הגידול וזאת בכפוף לתנאים המפורטים להלן בעבור כל איבר ((להלן: **Carcinoma in Situ באיברים נוספים**):

3.1.3.1. גידול מוקדם של סרטן פי הטבעת (Anus

carcinoma in situ)- קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, שאושרה על ידי המבטחת, של סרטן אין סיטו של פי הטבעת. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

מקרה הביטוח אינו כולל: נאופליה אינטרא-אפיתילית של פי הטבעת דרגה 1 או 2 Anal (AIN) Intraepithelial Neoplasia, או גידולים מסוג סקומוס אינטרא-אפיתילית מדרגה נמוכה **(Squamous Intraepithelial Lesions (LGSIL)**, כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבליטיבי או טיפול טרופי.

3.1.3.2. גידול מוקדם של סרטן דרכי המרה (Bile Duct

carcinoma in situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דרכי המרה התוך כבדיות. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

3.1.3.3. גידול מוקדם של סרטן דרכי השתן (Urinary

Bladder carcinoma in situ)- קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דרכי השתן. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

מקרה הביטוח אינו כולל: קרצינומה פפילארית לא פולשנית, סרטן דרכי השתן המאובחן כ Ta בשיטת TNM Classification.

3.1.3.4. גידול מוקדם של סרטן המעי הגס או החלחולת

(רקטום) (Colon/Rectum carcinoma in situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של המעי הגס או החלחולת (הרקטום) כולל גידול נירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor - NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול ו/או המעי בחלקו או שלמותו.

3.1.3.5. גידול מוקדם של סרטן הגרון Larynx carcinoma in situ

(situ) קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הגרון / "בית הקול" (לרינקס). המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

3.1.3.6. גידול מוקדם של הריאות (Lung carcinoma in situ)

(situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הריאות או של הסמפונות כולל גידול מסוג קרצינואיד או גידול נירואנדוקריני. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להוצאת הגידול כולל כריתת ריאה חלקית (כגון לובקטומיה) או מסוג כריתת יתר.

3.1.3.7. גידול מוקדם של סרטן חלל הפה Oral carcinoma (in situ)

(in situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של חלל הפה או האורופארינקס. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול. מקרה הביטוח כולל: שפתיים, פנים הלחיים, רצפת הפה, הלשון, החניכיים, השקדים והחך הקשה והרך.

3.1.3.8. גידול מוקדם של סרטן הוושט - Oesophagus

(carcinoma in situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד

משמעות על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא
בניתוח, של סרטן אין סיטו של הוושט. **המבטח יהיה
זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.9. **גידול מוקדם של סרטן שחלות- Ovarian**

(Carcinoma in situ) - קיימת אבחנה מתועדת חד
משמעות על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא
בניתוח, של סרטן אין סיטו של השחלות או גידול גבולי או
גידול עם פוטנציאל ממאירות נמוך. **המבטח תהיה
זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**
**מקרה הביטוח אינו כולל: הסרת שחלה בגין ציסטה
שחלתית.**

3.1.3.10. **גידול מוקדם של סרטן הבלב- Pancreas**

(carcinoma in situ) קיימת אבחנה מתועדת חד
משמעות על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא
בניתוח, של סרטן אין סיטו של הבלב או גידול
ניורואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם
פוטנציאל גידולי נמוך. **המבטח יהיה זכאי לכיסוי רק
אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.11. **גידול מוקדם של סרטן אגן הכיליה או השופכן-**

(Renal pelvis or ureter carcinoma in situ) -
קיימת אבחנה מתועדת חד משמעות על ידי בדיקה
היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין
סיטו של אגן הכיליה או השופכן. **המבטח יהיה זכאי
לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

**מקרה הביטוח אינו כולל: פאפילרי קרצינומה לא
פולשנית, סרטן דרכי השתן המאובחן כ Ta בשיטת
TNM Classification**

3.1.3.12. **גידול מוקדם של סרטן הבטן (Stomach carcinoma)**

in situ - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעות על ידי
בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן
אין סיטו של סרטן הבטן או גידול ניורואנדוקריני
(Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי
נמוך. **המבטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח
להסרת הגידול.**

3.1.3.13. גידול מוקדם של סרטן האשכים Testicular

(**carcinoma in situ**) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוא בניתוח, של סרטן אין סיטו של האשך מסוג Intra-tubular germ cell neoplasia unclassified (ITGCNU) או גידול שפיר של האשכים שהסתיים בניתוח הסרת כל האשך (אורכידקטומיה).

3.1.3.14. גידול מוקדם של סרטן הרחם (Uterus carcinoma in situ)

(**in situ**) קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דופן הרחם (אנדומטריום). המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח לכריתת הרחם (היסטרקטומיה).

3.1.3.15. גידול מוקדם של סרטן הנרתיק (וגינה) Vagina

(**carcinoma in situ**) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הנרתיק (וגינה). המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול מקרה הביטוח אינו כולל: כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי, נאופלזיה אינטרא-אפיתילית של הנרתיק (VAIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקומוס אינטרא-אפיתילית מדרגה נמוכה.

3.1.3.16. גידול מוקדם של סרטן הפות (Vulva carcinoma in situ)

(**situ**) - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הפות. המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול. מקרה הביטוח אינו כולל: כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון, אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי, נאופלזיה אינטרא-אפיתילית של הפות (VIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקומוס אינטרא-אפיתילית מדרגה נמוכה.

4. התחייבויות המבטחת

4.1. התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה

4.1.1. בקרות מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה כמפורט

בסעיף 2 לעיל, **לאחר תום תקופת האכשרה** יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בגובה 50,000 ₪ עבור כל יחידה נרכשת, **בכפוף לסייגים ולתנאים המפורטים בתכנית ביטוח זו**, אם התקיימו לגבי כל התנאים הבאים במצטבר:

4.1.1.1. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של מומחה, לגבי קרות מקרה הביטוח.

4.1.1.2. **המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות**

מקרה הביטוח.

4.1.2. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בשיעור 100% מסכום הביטוח

הנרכש בגין מקרי ביטוח נוספים שיארעו במהלך תקופת הביטוח, וזאת בכפוף לתנאים המפורטים בסעיפים 4.1.1.1-

4.1.1.2 לעיל וכן בהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1.2.1. בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה

הכלולה בקבוצה הראשונה, **יהא זכאי המבוטח,**

לאחר תום תקופת אכשרה של 365 ימים

כמפורט בסעיף 1.9 לעיל, לתבוע בגין מקרי

ביטוח נוספים מקבוצה ראשונה, שניה או

שלישית, ובלבד שאין מדובר באותה מחלה,

אלא במחלה אחרת, וכן שאין כל קשר סיבתי

בין מקרה הביטוח של גילוי מחלה קשה

הכלולה בקבוצה ראשונה לבין מקרה הביטוח

הנוסף שארע למבוטח.

לענין סעיף זה מחלה אחרת- מחלה קשה או

אירוע רפואי הכלולים בתכנית ביטוח זו, אשר לא

הוגשה בגין תביעה בעבר על פי תכנית ביטוח זו

(לדוגמה, בגין אירוע רפואי של השתלת איברים

כהגדרתו בסעיף 2.1.3, ניתן יהא לתבוע פעם

אחת בלבד בתקופת הביטוח, ומבוטח שתבע

בגין השתלת כליה בהתאם למפורט בסעיף

2.1.3 יוכל לתבוע לאחר מכן בגין מחלות אחרות

אך לא יוכל לתבוע לאחר מכן בגין השתלת איבר אחרת ו/או השתלת כליה נוספת).

בקורות שני מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה (לדוג' - מקרה ביטוח של השתלת איברים ולאחר מכן מקרה ביטוח של תרדמת), יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.

למען הסר ספק, יובהר, כי התנאים המפורטים לעיל יחולו בכל מקרה של אבחון מחלה קשה, במהלך תקופת הביטוח, לרבות במקרה שבו מקרה הביטוח ארע במהלך תקופת האכשרה, בין אם הוגשה תביעה והדחתה, ובין אם לא הוגשה תביעה.

4.1.2.2. בקורות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה השנייה, יהא זכאי המבוטח לתבוע בגין מקרי ביטוח נוספים הכלולים בקבוצה הראשונה או בקבוצה השלישית וזאת לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים כמפורט בסעיף 1.9 לעיל. המבוטח לא יהא זכאי לתבוע פעם נוספת בתקופת הביטוח, בגין אותה מחלה או מחלות אחרות הכלולות בקבוצה השנייה. למען הסר ספק, יובהר, כי גם כאשר מקרה ביטוח קודם של גילוי מחלה קשה, ארע במהלך תקופת האכשרה, בין אם הוגשה תביעה ונדחתה, ובין אם לא הוגשה תביעה, לא יהיה המבוטח זכאי לתבוע פעם נוספת בגין מקרה ביטוח הכלול בקבוצה השנייה.

4.1.2.3. בקורות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה השלישית, יהא זכאי המבוטח, לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים כמפורט בסעיף 1.9 לעיל, לתבוע בגין מקרי ביטוח נוספים מקבוצה ראשונה, שניה או שלישית, ובלבד שאין מדובר באותה מחלה, אלא במחלה אחרת, וכן שאין קשר סיבתי בין מקרה הביטוח הנוסף לבין מקרי ביטוח קודם

מהקבוצה השלישית, שאירע לו במהלך תקופת הביטוח.

מחלה אחרת- אחת מהמחלות הקשות או אחד מהאירועים רפואיים המכוסים בתכנית ביטוח זו, שלא הוגשה בגינם תביעה בעבר על פי תכנית ביטוח זו. (לדוגמה, בגין כוויות קשות כהגדרתן בסעיף 2.3.8, ניתן יהא לתבוע פעם אחת בלבד בתקופת הביטוח, ומבוטח שתבע בגין כוויות קשות בפלג גוף תחתון בהתאם למפורט בסעיף 2.3.8 יוכל לתבוע לאחר מכן בגין מחלות אחרות כדוגמת עיוורון בהתאם למפורט בסעיף 2.3.7, אך לא יוכל לתבוע לאחר מכן בגין כוויה קשה בפלג גוף עליון).

4.1.3. שרשרת אירועים, שהם תוצאה של מקרה ביטוח אחד, תיחשב כמקרה ביטוח אחד ותגמולי ביטוח בגינה, ככל שמגיעים למבוטח על פי תכנית הביטוח, ישולמו אך ורק פעם אחת.

4.1.4. אירע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, בתנאי מפורש שהמוות אירע כעבור 10 ימים לפחות מיום קרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת את תגמולי הביטוח למוטב, והמבטחת תהא פטורה לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זאת כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון ו/או צד שלישי כלשהו. לעניין סעיף זה מוטב כפי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.

4.2. פטירת מבוטח במהלך 10 ימים ממועד קרות מקרה ביטוח:
אירע מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה בהתאם למפורט בסעיף 2 לעיל, והמבוטח נפטר טרם חלפו עשרה ימים ממועד קרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת תגמולי ביטוח מופחתים בשיעור של עד 10% מסכום הביטוח הנרכש למוטב וזאת בכפוף לתנאים המצטברים המפורטים להלן:

4.2.1. המבוטח לא נפטר במהלך 48 שעות שלאחר קרות מקרה הביטוח. במידה והמבוטח נפטר במהלך 48 השעות שלאחר קרות מקרה הביטוח, המוטב לא יהיה זכאי לפיצוי בגין תכנית ביטוח זו.

4.2.2. חלפה תקופת האכשרה בפוליסה בגין מקרה הביטוח.

4.2.3. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של מומחה, לגבי קרות מקרה הביטוח.

4.2.4. המבטחת תהא פטורה לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זאת כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון ו/או צד שלישי כלשהו. לעניין סעיף זה מוטב כפי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.

4.3. התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם:

4.3.1. בקרות מקרה ביטוח של סרטן מוקדם כמפורט בסעיף 3 לעיל,

שאנו עונה על הגדרת מקרה ביטוח של מחלת סרטן כמפורט בסעיף 2 לעיל, ולאחר תום תקופת האכשרה בת 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח כמפורט בסעיף 4.3.2 להלן, אם התקיימו לגביו כל התנאים הבאים במצטבר:

4.3.1.1. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא,

שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי סרטן מוקדם,

ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות

כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

4.3.1.2. האבחנה המתועדת לגילוי סרטן מוקדם במבוטח

קיימת לפני שהתגלתה במבוטח מחלת סרטן כהגדרה

בסעיף 2.3.1.

4.3.1.3. המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות מקרה

הביטוח.

4.3.2. סכום הביטוח

4.3.2.1. בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד או

ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית, בכפוף לתנאים

המפורטים לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי

ביטוח, בשיעור של 20% מסכום הביטוח הנקוב בדף

פרטי הביטוח.

4.3.2.2. בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בצוואר

הרחם, או Carcinoma in Situ באיברים נוספים,

בכפוף לתנאים המפורטים לעיל ולהלן, יהיה המבוטח

זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 10% מסכום

הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.

4.3.2.3. סכום הביטוח בגין סרטן מוקדם ישולם באופן חד פעמי, פעם אחת בתקופת ביטוח. ככל והמבוטח יממש את זכאותו לקבלת פיצוי בגין מקרה ביטוח של סרטן מוקדם, תוקף סעיף זה יפוג.

4.3.2.4. סכום הביטוח בגין סרטן מוקדם ישולם בנוסף ומבלי לגרוע מזכאותו העתידית, של המבוטח לקבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח עתידי של גילוי מחלת סרטן מוגדר בסעיף 2.3.1.

4.4. התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח מיוחד

4.4.1. בקרות מקרה ביטוח מיוחד של טיפול במפרצת מוחית – (Treatment of Cerebral aneurysm), הוצאת גלגל העין – (Removal of an eyeball) או צנתור כלילי טיפולי – (CORONARY ANGIOPLASTY) כהגדרתם בסעיף 1.5 על סעיפיו הקטנים לעיל, ולאחר תום תקופת האכשרה בת 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 10% מסכום הביטוח הנרכש.

4.4.2. סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח מיוחד, ישולם באופן חד פעמי, פעם אחת בתקופת ביטוח. ככל והמבוטח יממש את זכאותו לקבלת פיצוי בגין מקרה ביטוח מיוחד, תוקף סעיף זה יפוג.

4.5. כיסוי בגין מחלת סרטן נוספת לאחר 5 שנים

למרות האמור בסעיף 4.1.2.3 לעיל, כי לא ניתן לתבוע בגין אותה מחלה מהקבוצה השלישית פעם נוספת, יהיה זכאי המבוטח, שחלה פעם נוספת במהלך תקופת הביטוח בסרטן כהגדרתו בסעיף 2.3.1 על סעיפיו הקטנים, לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 100% מסכום הביטוח הנרכש, אם התקיימו לגביו כל התנאים הבאים במצטבר:

4.5.1. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מחלת סרטן במבוטח כהגדרת המחלה בסעיף 2.3.1 לעיל, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

4.5.2. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא, כי חלפו 5 שנים לפחות מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הביטוח הקודם של גילוי מחלת סרטן בו חלה המבוטח או מהמועד האחרון בו נדרש

המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע).

4.5.3. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים ממועד קרות מקרה ביטוח קודם, היו תקינות וללא ממצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.

4.5.4. המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח הנוסף.

5. תום תקופת הביטוח

מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 4 בתנאים הכלליים של הפוליסה, תוקף הביטוח על פי תכנית ביטוח זו יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים במוקדם מבין האירועים הבאים:

5.1. בתום תקופת הביטוח על פי הנקוב בסעיף 4 לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות.

5.2. בקרות שני מקרי ביטוח (שונים) של גילוי מחלה קשה מקבוצה ראשונה.

5.3. בהגיע המבוטח לגיל 75.

6. תום תוקף הביטוח:

מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל מבוטח זכאי שהפרמיה בגינו משולמת על ידי בעל הפוליסה, במלאת לו 47 שנה. יובהר, כי לאחר תום הכיסוי הביטוחי למבוטח זכאי על פי פרק זה תשולם הפרמיה כסדרה והמבוטח ימשיך להיות מבוטח על פי שאר פרקי הפוליסה. למרות האמור, בהגיע המבוטח לסיום זכאותו לביטוח על פי פרק זה, יודיע המבטח בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך ברצף ביטוחי מלא, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח בכפוף לתשלום בגביה אישית כמפורט בסעיף 4.1. לפרק ג' תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים:

בנוסף לחריגים הכלליים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה, אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

מפרט הפוליסה

1. תקופת הביטוח 1.07.2020 ועד 30.06.2025 (5 שנים)
2. מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 1.07.2020.
3. יובהר, כי הצטרפות בני משפחה מותנית בהצטרפות העובד/ החבר לביטוח.
4. ילד עד גיל 25. ילד שלישי ואילך - חינם
5. מדד הבסיס: מדד חודש יוני אשר יפורסם ב15.7.2020

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתכנית הביטוח:

| רובד הבסיס | |
|------------|------------------------|
| קבוצת גיל | דמי ביטוח חודשיים בש"ח |
| 0-25 | 10 ₪ |
| 26-40 | 21 ₪ |
| 41-50 | 39 ₪ |
| 51-60 | 68 ₪ |
| 61-65 | 97 ₪ |
| +66 | 118 ₪ |

| רובד ההרחבה – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| קבוצת גיל | דמי ביטוח חודשיים בש"ח לכל יחידת ביטוח בגובה 50,000 ₪ (בכפוף להצטרפות ישירה מול המבטחת) |
| 0-20 | 6.3 ₪ |
| 21-25 | 7.2 ₪ |
| 26-30 | 8.1 ₪ |
| 31-35 | 10.3 ₪ |
| 36-40 | 14.3 ₪ |
| 41-45 | 22.2 ₪ |
| 46-50 | 30.9 ₪ |
| 51-55 | 41.1 ₪ |
| 56-60 | 67.2 ₪ |
| 61-65 | 99.2 ₪ |
| +66 | 204.1 ₪ |

הצהרת בעל הפוליסה

**על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי)
התשס"ט - 2009**

לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

1. [X] בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם ו/או גמלאים ובני משפחותיהם.
- [X] בעל הפוליסה הוא תאגיד והמבוטחים הם חברים בתאגיד ו/או בני משפחותיהם של החברים המבוטחים בתאגיד, ובלבד שקבלת ביטוח בריאות אינה המטרה העיקרית להתאגדותו.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמים את הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה, הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקי- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמה: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.

חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הינך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

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

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

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

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

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל: moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע.
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבטח/ת נכבד/ה

תרופות שאינן בסל הבריאות

- יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.
- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
- חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29 ג' וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה + אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר)

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

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

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

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

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע.

הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

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

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת וכבוד/ה

ניתוחים עתידיים

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

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

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

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000 * לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
2. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
3. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הוצאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

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

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*

או במייל: moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע.
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

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

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות היריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

טיפול פזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

בדיקות היריון

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

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

טיפול הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות הפניה לביצוע הטיפול.
חלק ג' קבלת אבחון שבוע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טופסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL



לפרטים ומידע

פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מוקד שירות לקוחות ארצי: *2000

www.menoramivt.co.il



ההסתדרות הרפואית בישראל

טלפון: 03-6100471

מייל: prat@ima.org.il