מנורה מבטחים



פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

ההסתדרות הרפואית בישראל
Israeli Medical Association

תוכן עניינים

תמצית תנאי הביטוח 4

פרקי הפוליסה 4

פרטי התקשרות 4

גילוי נאות 5

תמצית תנאי הפוליסה 5

הגדרות ותנאים כלליים 18

מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה 18

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 39

פרק ב' - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ותרופות בהתאמה אישית 44

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל 50

פרק ד'1- ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית 54

פרק ד' 2- ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ 59

פרק ד'3 - ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית 64

פרק ה'- שירותים אמבולטוריים - הגדרות 68

פרק ה'1- שירותים אמבולטוריים 69

פרק ה'2- שירותים אמבולטוריים נוספים 71

פרק ו'- פיצוי מחלות קשות 73

מפרט הפוליסה 86

אופן הגשת התביעות 88

WELCOME

מבוטח/ת יקר/ה,

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

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

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

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע **לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל** ובני משפחותיהם, ומומלץ להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

תקופת הביטוח הינה מיום 01/10/2025 וסיומו ביום 30/09/2030.

תוכנית הביטוח כוללת:

<u>רובד בסיס</u>

- השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
- תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ותרופות בהתאמה אישית
- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

לחבר/ה זכאי/ת:

- שירותים אמבולטוריים בסיסיים,
- יחידה אחת של מחלות קשות (עד גיל 47 בלבד).

<u>רבדי הרחבה</u>

- ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ – משלים שב"ן ללא ה.ע/ משלים שב"ן עם ה.ע/ מהשקל הראשון
- שירותים אמבולטוריים
- פיצוי מחלות קשות

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,

אגף ביטוח בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה

<u>רובד בסיס</u>

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

פרק ב' - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

לחבר/ה זכאי/ת:

שירותים אמבולטוריים בסיסיים

יחידה אחת של מחלות קשות (עד גיל 47 בלבד)

<u>רבדי הרחבה</u>

על בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין לבחור מראש את אחד המסלולים:

פרק ד 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – שקל ראשון ללא השתתפות עצמית

פרק ד' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן עם השתתפות עצמית על סך 5,000 ₪

פרק ד' 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

פרק ה' 1- שירותים אמבולטוריים

פרק ה' 2- שירותים אמבולטוריים נוספים

פרק ו'- פיצוי מחלות קשות

פרטי התקשרות

כתובת אתר החברה
www.menoramivt.co.il

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

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

מוקד שירות לקוחות החברה
*2000
פקס: 153-747049338

גילוי נאות

תמצית תנאי הפוליסה

שם הביטוח	פוליסת ביטוח בריאות קבוצת לעובדי וחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם
סוג הביטוח	בריאות
תקופת הביטוח	01/10/2025 - 30/09/2030 (5 שנים)
תיאור תכנית הביטוח	**<u>רובד בסיס:</u>** השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מחוץ לסל כולל תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל. **לחבר/ה זכאי/ת:** שירותים אמבולטוריים בסיסיים, יחידה אחת של מחלות קשות לחבר/ה זכאים עד גיל 47 בלבד **<u>רבדי הרחבה:</u>** ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (משלים שב"ן/משלים שב"ן עם 5,000 ₪ ה.ע/ שקל ראשון), שירותים אמבולטוריים, פיצוי מחלות קשות.
פוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: חריגים בפוליסה	לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בפרק ב' בתנאים הכלליים לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: **חריג מצב רפואי קודם - <u>סעיף 31</u>** **חריגים החלים על כל אחד מפרקי הפוליסה - <u>סעיף 32</u>** **חריגים פרק ב' - <u>סעיף 5</u>** **חריגים פרק ג' - <u>סעיף 6</u>** **חריגים פרק ד'1 - <u>סעיף 8</u>** **חריגים פרק ד'2 - <u>סעיף 8</u>** **חריגים פרק ד'3 - <u>סעיף 7</u>** **חריגים פרק ו'- <u>סעיף 7</u>**
קיומם של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים

פירוט הפרמיה החודשית לתכנית הביטוח

רובד הבסיס עבור חברי הר"י – פרמיה חודשית בש"ח	
0-60	**במימון הר"י**
61-66	**במימון הר"י**
+67	**במימון הר"י**

רובד הבסיס עבור בני משפחה - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת	
0-20	**23 ₪**
21-40	**39 ₪**
41-50	**54 ₪**
51-60	**98 ₪**
61-66	**139 ₪**
+67	**181 ₪**

רבדי הרחבה

רובד הרחבה ניתוחים בארץ - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת (לבחירה מסלול אחד מבין המסלולים)			
קבוצת גיל	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים משלים שב"ן	ניתוחים בארץ מסלול שבן ה.ע. 5000 שח
0-20	₪ 26	₪ 13	₪ 10
21-25	₪ 50	₪ 25	₪ 19
26-30	₪ 50	₪ 25	₪ 19
31-35	₪ 87	₪ 44	₪ 34
36-40	₪ 87	₪ 44	₪ 34
41-45	₪ 121	₪ 61	₪ 47
46-50	₪ 121	₪ 61	₪ 47
51-55	₪ 192	₪ 97	₪ 75
56-60	₪ 228	₪ 119	₪ 92
61-65	₪ 329	₪ 174	₪ 135
+66	₪ 492	₪ 271	₪ 210

רובד הרחבה אמבולטורי - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת		
קבוצת גיל	אמבולטורי מלא לחברים שאינם זכאים ולבני משפחה פרק ה'1 + ה'2	תוספת אמבולטורי לחברים זכאים פרק ה'2
0-20	₪ 18	₪ 13
21-25	₪ 36	₪ 31
26-30	₪ 36	₪ 31
31-35	₪ 36	₪ 31
36-40	₪ 36	₪ 31
41-45	₪ 36	₪ 31
46-50	₪ 36	₪ 31
51-55	₪ 37	₪ 32
56-60	₪ 39	₪ 34
61-65	₪ 42	₪ 37
+66	₪ 125	₪ 120

רובד הרחבה מחלות קשות - פרמיה חודשית בש"ח עבור כל יחידה בעלות של 50,000 ₪ בגבייה אישית	
קבוצת גיל	מחלות קשות
0-20	4 ₪
21-25	5 ₪
26-30	7 ₪
31-35	10 ₪
36-40	17 ₪
41-45	31 ₪
46-50	50 ₪
51-55	83 ₪
56-60	127 ₪
61-65	192 ₪
+66	294 ₪

- **רבדי ההרחבה הינם בכפוף לקיום רובד הבסיס כמפורט לעיל.**
- **מדד יסודי** - המדד אשר יפורסם ביום 15.09.2025
- **ילד עד גיל 20 כולל.**
- **ילד שלישי ואילך חינם. נכד שלישי ואילך חינם בכל בית אב.**

רובד בסיס

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה	השתתפות עצמית
השתלה כמפורט בסעיף מס' 5	השתלה ע"י נותן שירות שבהסדר	שיפוי מלא.	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – 180 ימים.	ללא
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – כריתה או הוצאה מגוף המבוטח	₪ 6,947,598		
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – כריתה או הוצאה מבע"ח	₪ 3,000,000		
	השתלה אצל נותן שירות שאינו בהסדר – מח עצם או תאי גזע שמקורם במבוטח	₪ 150,000		
שיפוי להוצאות השתלה כמפורט בסעיף מס' 5.4	בדיקות הערכה רפואית	עד ₪ 75,000 לכל מקרה ביטוח.		
	אשפוז בחו"ל	עד 180 יום לפני ביצוע השתלה ועד 365 יום למקרה ביטוח.		
	הוצאות צוות רפואי, חדר ניתוח ושירותים רפואיים	שיפוי מלא.		
	הוצאות הטסה לחו"ל והעברה יבשתית	שיפוי מלא.		
	הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה	עד ₪ 1,000 ליום, במבוטח קטין עד ₪ 1,500 למבוטח ושני מלווים, ועד ₪ 50,000 למקרה ביטוח.		
	הוצאות טיפולים הקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה מחוץ לישראל	עד ₪ 250,000 למקרה ביטוח.		
	טיפולי המשך הנובעים מביצוע השתלה	עד ₪ 231,586		
	העברת גופת המבוטח לישראל	שיפוי מלא.		
	הבאת מומחה לישראל	עד ₪ 200,000		

	הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי	עד 300,000 ₪		
	הטסה רפואית	עד 138,951 ₪ אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.		
גמלה חודשית כמפורט בסעיף מס' 5.5.1	גמלה עבור מועמד להשתלה	עד 6,000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים. אם המבוטח שוהה בביה"ח עד 3,000 ₪ ועד 12 חודשים.		
	גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	עד 6,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים.		
פיצוי חד פעמי בגין השתלה כמפורט בסעיף מס' 5.6	פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה ללא מעורבות המבטחת	350,000 ₪		
טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף מס' 6	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל ע"י נותן שירות שבהסדר	שיפוי מלא.	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – 180 ימים.	ללא
	הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל ע"י נותן שירות שלא בהסדר	עד 1,736,899 ₪		
	בדיקות הערכה רפואית	עד 75,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.		
	הטסה רפואית מיוחדת	עד 75,000 ₪ למקרה ביטוח.		
	הוצאות שהייה של מבוטח ומלווה	עד 1,000 ₪ ליום, במבוטח קטין עד 1,500 ₪ למבוטח ושני מלווים ועד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.		
	העברת גופת המבוטח	שיפוי מלא.		
	טיפולי המשך הנובעים מהטיפול המיוחד	עד 200,000 ₪		
	הבאת מומחה לישראל	עד 100,000 ₪		
פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד כמפורט בסעיף מס' 7	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד למבוטחים מעל גיל 21	120,000 ₪		

פרק ב' - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות כמפורט בסעיף מס' 4.1	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL ותרופת יתום.	עד 3,473,799 ₪ לכלל מקרי הביטוח, מתחדש כל שנתיים.		300 ₪ לתרופה לחודש תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪ ו/או לתרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן אשר עלותה החודשית גבוהה מ 300 ₪- ללא השתתפות עצמית
תרופות מיוחדות כמפורט בסעיף מס' 4.1	כיסוי לתרופה מותאמת אישית	200,000 ₪ לחודש קלנדרי ועד 1,000,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח, מתחדש כל שנתיים.	90 יום, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום	600 ₪ לתרופה לחודש תרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪ ו/או לתרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן אשר עלותה החודשית גבוהה מ 300 ₪- ללא השתתפות עצמית
כיסויים נלווים כמפורט בסעיף מס' 4.2	שיפוי בגין עלות השירות	עד 350 ₪ ליום ועד 60 יום.		ללא
בדיקות גנומיות כמפורט בסעיף מס' 4.3	בדיקות גנומיות לאבחון גנטי של הגידול	עד 25,000 ₪ לכל מקרה ביטוח ועד תקרת שיפוי מירבי של 60,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח. מתחדש אחת לשנתיים.		20%
קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן כמפורט בסעיף מס' 4.4	רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא מומחה	עד 1,000 ₪ לחודש קלנדרי ועד 15,000 ₪ לתקופת ביטוח.		150 ₪ לחודש

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כמפורט בסעיף מס' 3	ניתוח אשר תואם ואושר מראש מול המבטחת	שיפוי מלא..	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – 180 ימים	ללא
	ניתוח אשר בוצע ללא תיאום ואישור מראש מול המבטחת	סכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.		
	התייעצות עם מומחה בארץ בקשר לניתוח	שתי התייעצויות ועד 1,200 ₪ להתייעצות.		
	התייעצות עם מומחה בחו"ל בקשר לניתוח	התייעצות אחת עד 4,632 ₪		
	כיסוי להוצאות הטסה רפואית	100,000 ₪ אם המבטחת תאמה את ההטסה- שיפוי מלא.		
	הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל	200,000 ₪		
	שתלים שהושתלו במהלך ניתוח	60,000 ₪		
	שכר אח/ות פרטי/ת	753 ₪ ליום ועד 8 ימים.		
	כיסוי להוצאות שהייה של מלווה	עד 1000 ₪ ליום ועד 30 ימים, קטין – 1,500 ₪ כיסוי עבור 2 מלווים.		
	פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר.		20%
	הוצאות מוסד החלמה של המבוטח בישראל לאחר ניתוח	868 ₪ ליום ועד 10 ימי שהייה רצופים.		ללא
	בדיקות והתייעצויות לאחר ניתוח	עד 100,000 ₪		
פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהניתוח כמפורט בסעיף מס' 3.6	פיצוי במקרה מוות למבוטח מעל גיל 21	138,952 ₪		

רבדי הרחבה

פרק ד'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא ה.ע

מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן [כמפורט בסעיף מס' 4]	התייעצות עם מומחה שבהסדר עם המבטחת	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	90 ימים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה 12 חודשים.	ללא
	התייעצות עם מומחה שאינו בהסדר עם המבטחת	עד 1,300 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא.		
טיפול מחליף ניתוח [כמפורט בסעיף מס' 4.3]	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר	שיפוי מלא.		
	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר	החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע.		

פרק ד'2 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם ה.ע 5,000 ₪

מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן [כמפורט בסעיף מס' 4]	התייעצות עם מומחה שבהסדר עם המבטחת	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	90 ימים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה 12 חודשים.	5,000 ₪
	התייעצות עם מומחה שאינו בהסדר עם המבטחת	עד 1,300 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא.		
טיפול מחליף ניתוח [כמפורט בסעיף מס' 4.3]	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר	שיפוי מלא.		
	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר	החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע.		

פרק ד'3 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל ראשון כמפורט בסעיף מס' 3	התייעצות עם מומחה שבהסדר	שיפוי מלא ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	90 ימים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה 12 חודשים.	ללא
	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר	עד 1,300 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות שבהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא.		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת – שב"ן	החזר בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה בשב"ן.		
טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף מס' 3.3	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר	שיפוי מלא.		
	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר	החזר עד לסכום המרבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע.		

פרק ה'1 - שירותים רפואיים אמבולטוריים

חוות דעת נוספת בחו"ל כמפורט בסעיף מס' 4.1	חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל	עד 6,948 ₪ לשנת ביטוח.	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – 180 יום.	25%
בדיקות גנטיות מניעתיות כמפורט בסעיף מס' 4.2	בדיקות לאבחון חשד לגילוי נשאות של גנים סרטניים או מחלות אחרות	עד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.		20%
בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים (ONCOTEST) כמפורט בסעיף מס' 4.3	בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים (ONCOTEST)	עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח.		20%
שיקום הדיבור לאחר אירוע מוחי כמפורט בסעיף מס' 4.4	טיפול לשיקום כושר הדיבור לאחר אירוע מוחי או תאונה	עד 208 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים בשנת ביטוח.		20%
אחות פרטית כמפורט בסעיף מס' 4.5	שמירה פרטית של אח/אחות פרטיים	עד 550 ₪ ליום ועד לתקופה של 8 ימים בתקופת ביטוח.		20%

בדיקות סקר מנהלים כמפורט בסעיף מס׳ 4.6	בדיקות סקר מנהלים	למבוטח מעל גיל 40, אחת לשנתיים עד 800 ₪	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום.	20%
בדיקות הריון כמפורט בסעיף מס׳ 4.7	בדיקות היריון	עד 5,326 ₪ לכל הריון, בהריון מרובה עוברים עד 6,484 ₪		25%
הפריה חוץ גופית בארץ ובחו״ל – IVF כמפורט בסעיף מס׳ 4.8	טיפול הפריה חוץ גופית	עד 10,297 ₪ למקרה ביטוח לטיפול בישראל, עד 21,000 ₪ לשנת ביטוח לטיפול בחו״ל, ועד שני טיפולים במהלך תקופת הביטוח.		25%

פרק ה׳2 - שירותים רפואיים אמבולטוריים נוספים

התייעצויות עם רופא מומחה בישראל כמפורט בסעיף מס׳ 4.9	התייעצות עם רופא מומחה בישראל	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. התייעצות ראשונה עד 1,859 ₪ כל התייעצות נוספת עד 926 ₪	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום.	25%
בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף מס׳ 4.10	ביצוע בדיקות אבחנתיות	עד 35,251 ₪ לכלל הבדיקות לשנת ביטוח.		25%
מלונית כמפורט בסעיף מס׳ 4.11	הוצאות שהייה במלונית ליולדת מבוטחת	לאחר לידת הילד הרביעי או לאחר לידת כל ילד נוסף אחריו. עד 343 ₪ ליום ועד 3 ימי שהייה.		25%
טיפול בבעיות התפתחות הילד כמפורט בסעיף מס׳ 4.12	טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 3-16	עד 205 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים לתקופת ביטוח.		20%
הרטבת לילה לילדים מעל גיל 5 כמפורט בסעיף מס׳ 4.13	רכישת אביזרים וייעוץ וטיפול במכון מורשה, בגין אירועים חוזרים של בריחת שתן, לילדים מעל גיל 5	עד 686 ₪ לשנת ביטוח.		25%
אביזרים רפואיים כמפורט בסעיף מס׳ 4.14	אביזרים רפואיים	עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח.		20%
מנוי למשדר קרדיולוגי כמפורט בסעיף מס׳ 4.15	מנוי לשרותי משדר קרדיולוגי	עד 172 ₪ לחודש ועד 18 חודשים בכל תקופת הביטוח.		25%

התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או אירוע לב כמפורט בסעיף מס' 4.16	השתתפות בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח	עד 263 ₪ לחודש ועד 12 חודשים לתקופת ביטוח.	90 ימים, במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום.	20%
שהייה במוסד החלמה כמפורט בסעיף מס' 4.17	השתתפות בהוצאות השהייה במוסד החלמה	עד 900 ₪ ליום ועד 12 ימים.		25%
פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח כמפורט בסעיף מס' 4.18	פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח	עד 49,791 ₪.		ללא
פיצוי לאחר אשפוז כתוצאה מניתוח כמפורט הסעיף מס' 4.19	פיצוי בגין שהייה רצופה בבית חולים לאחר ניתוח	400 ₪ בגין כל יום אשפוז, החל מהיום השלישי לאשפוז ועד 8 ימים.		15%
הוצאות נסיעה לתושבי אילת כמפורט בסעיף מס' 4.20	החזר הוצאות עבור כרטיס טיסה למרכז הארץ עבור מבוטח תושב אילת	טיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, עד לגובה ההוצאה בפועל		20%

פרק ו'- פיצוי מחלות קשות

פיצוי בגין קרות מקרי ביטוח נוספים כמפורט בסעיף מס' 4	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה ראשונה, בגין מקרה ביטוח מקבוצה שנייה/שלישית או מקבוצה ראשונה ובלבד שאין מדובר באותה מחלה	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	90 ימים למקרה ביטוח ראשון 180 ימים, למקרה ביטוח נוסף, ממועד קרות מקרה הביטוח הקודם	אין
	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שנייה בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שלישית	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת		
	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שלישית בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שניה/שלישית	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת		
	מקרה ביטוח של מחלת סרטן נוספת לאחר 5 שנים ממועד ההחלמה ממחלת הסרטן הקודמת	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת		
	מקרה ביטוח מיוחד: טיפול במפרצת מוחית, הוצאת גלגל העין וצנטור כללי טיפולי	בשיעור של 10% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.		

פיצוי בגין קרות מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה/ אירוע רפואי חמור כמפורט בסעיף מס' 4.1.1	אי ספיקת כבד פולמיננטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת איברים, תרדמת, עמילואידוזיס ראשונית, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מצב וגטטיבי 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, 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 ריאתי ראשוני, דלקת חיידקית של קרום המוח, איבוד גפיים, מחלת דוויק נוירומיאליטיס אופטיקה, מחלת יעקוב קרויצפלד	50,000 ₪ עבור כל יחידה נרכשת	90 ימים למקרה ביטוח ראשון 180 ימים, למקרה ביטוח נוסף, ממועד קרות מקרה הביטוח הקודם	אין
פיצוי בגין גילוי מוקדם של מחלת הסרטן כמפורט בסעיף מס' 4.3	Carcinoma in Situ בשד/ סרטן ערמונית) מסוג Gleason Score עד ל- 6 (כולל)); הדורש התערבות ניתוחית	בשיעור של 20% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.		
	Carcinoma in Situ בצוואר הרחם או Carcinoma in Situ באיברים נוספים	בשיעור של 10% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.		

הערות:

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

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

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

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

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

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

למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.

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

כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת:
https://menora.click/privacypolicy

אופן הגשת התביעות כמפורט בפרק אופן הגשת התביעות.

הגדרות ותנאים כלליים

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

1. **<u>הגדרות</u>**

בפוליסה תהיה לכל אחד מן המונחים המשמעות לצדו, כמפורט להלן:

1.1	**אחות/אח -**	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.
1.2	**אשפוז -**	שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום
1.3	**אתר האינטרנט של המבטחת -**	אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו: www.menoramivt.co.il.
1.4	**בית חולים או בית חולים כללי -**	מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.
1.5	**בית חולים מוסכם -**	בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.6	**בית חולים פרטי -**	בית חולים בישראל או בחו"ל שהוא בבעלות פרטית ושאיננו בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.
1.7	**בן/בת זוג -**	מי שנשוי/אה למבוטח/ת, או ידוע/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו/ה נשוי/אה לו/ה. לרבות של ילדיהן הבוגרים
1.8	**בעל הפוליסה -**	ההסתדרות הרפואית בישראל
1.9	**גיל המבוטח -**	גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו ויחושב בשנים שלמות.
1.10	**דולר -**	דולר של ארה"ב.
1.11	**דמי הביטוח -**	הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטחת, לפי העניין, בהתאם לתנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת, עקב מצב בריאותו של המבוטח או עקב סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.
1.12	**דף פרטי הביטוח -**	דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח ,שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסויים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.
1.13	**המבטחת -**	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
1.14	**הממונה -**	הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
1.15	**הסדר תחיקתי -**	חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח,

התשמ"א – 1981, הוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009, וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיותקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוזרי המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.

1.16 **הסכם -** הסכם כפי שיהיה קיים מעת לעת בין המבטחת או חברה קשורה לבין נותן שירות כלשהו בקשר עם הכיסויים הביטוחיים הנכללים בפוליסה.

1.17 **הסכם עם ספק שירות ו/או נותן שירות -** הסכם בין המבטחת ו/או חברה קשורה לבין ספק השירות הרפואי הקיים במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, למתן שירות רפואי לפיו, בין היתר, התמורה לה זכאי ספק השירות הרפואי תשולם ישירות על ידי המבטחת או החברה הקשורה.

1.18 **הצעת הביטוח -** טופס ההצעה/ טופס הצטרפות המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחידי משפחתו, וכל זאת במידה ונדרש המבוטח למלא טופס הצעה בטרם כניסתו לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח במידה ונדרש לכך בתנאי הפוליסה וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח במידה ונדרש לכך.

1.19 **השתלה -** השתלת איבר או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה העונה על אחת החלופות האלה: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, אשר נלקח מבעל חיים, במקומם.

השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. "הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"

1.20 **השתתפות עצמית -** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה להלן. במקרה בו נקבעה השתתפות עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.

1.21 **חברה קשורה -** חברה עמה קשורה המבטחת בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם, באמצעות בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים, החתומים על חוזים עם החברה.

1.22 **חו"ל/מחוץ לישראל -** כל מדינה או מקום מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.

1.23 **חוק חוזה הביטוח -** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א- 1981

1.24 **חוק הבריאות -** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד- 1994.

1.25 **טיפול מיוחד מחוץ לישראל -** טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים הבאים:

1.25.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים לו את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.

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

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

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

1.26 **יום אשפוז -** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ 24 שעות. הרחבת ההגדרה: גם אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ24 שעות.

1.27 **יום/מועד תחילת הביטוח -** התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח. צורף לפוליסה פרק/כיסוי נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הפרק/כיסוי שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו פרק/ כיסוי שהוסף לפוליסה עבור המבוטח על פיו.

1.28 **ילד -** ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ אשר גילו עד 20 שנים כולל.

1.29 **ישראל -** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.

1.30 **המבוטח -**

1.30.1 חבר/ה / עובד/ת אצל בעל הפוליסה ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן כמוסכם במהלך תקופת הביטוח. ובלבד שלא הביע התנגדות להעברת מידע נדרש למבטחים.

1.30.2 בן/בת זוג של חבר/ה בעל הפוליסה וילדיהם ובני/ות זוגם ובנוסף ילדיהם הבוגרים ובני/ות זוגם וילדיהם (נכדים).שניתנה הסכמת המבטחת מראש לצירופם לביטוח. יובהר, כי הצטרפות בני זוג ו/או ילדים לביטוח מותנית בביטוח החבר בפוליסה.

1.30.3 "מבוטח קיים"- מי שהיה מבוטח נכון ליום 01.10.2025 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, (להלן: "הביטוח הקודם").

1.31 **מדד -** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל- 1000.

1.32 **מדד יסודי -** מדד שיפורסם ביום 15.09.2025

1.33 **מדד קובע -** המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.

1.34 **מועד תחילת הביטוח -** המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.10.2025. על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.

1.35 **מנתח -** רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך

במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.

1.36 **מנתח אחר -** מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.

1.37 **מנתח הסכם -** מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח. יובהר כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.

1.38 **מפרט הפוליסה -** נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר: תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.

1.39 **מצב רפואי קודם -** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה "אובחנו במבוטח" משמעו, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

1.40 **משפחה -** בן/בת הזוג של המבוטח ו/או ילדיהם ובני/ות זוגם וילדיהם, לרבות ילדי בן/בת הזוג ובנוסף ילדיהם הבוגרים ובני/ות זוגם וילדיהם (נכדים).

1.41 **מקרה הביטוח -** מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.

1.42 **נותן שירות שבהסכם -** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת ו/או חברה קשורה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח

1.43 **ניתוח -** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.I., לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה. "הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.44 **"ניתוח גדול/מורכב" -** ניתוח לב הכולל פתיחת בית חזה או ניתוח מוח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 5 ימים לאחר הניתוח.

1.45 **מעבדה -** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.

1.46 **ניתוח אלקטיבי -** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.47 **נספח תגמולי הביטוח -** נספח המצורף לפוליסה ובו מפורטים סכומי השיפוי ו/או הפיצוי המירביים הרלוונטים לכיסוי הביטוחי המפורט באותו פרק, לרבות סכומי ההשתתפויות העצמיות.

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

1.49 **סכום השיפוי המירבי ו/או סכום הפיצוי ו/או סכום הביטוח -** הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי

הביטוח ו/או בכל פרק לפוליסה לרבות במסגרת דף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות מקרה ביטוח למבוטח, כשהוא צמוד למדד תנאי פוליסה זו.

1.50 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים על ידי קופת החולים לחבריה במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לחבריה, למעט מחויבויות שבמסגרת השב"ן.

1.51 **פוליסה/ תכנית ביטוח** - חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, הצהרות בעל הפוליסה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.

1.52 **פיזיותרפיסט** - אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.

1.53 **קופת חולים** - תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.54 **רופא** - מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.

1.55 **רופא מומחה** - רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג- 1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח.

1.56 **רופא מרדים** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.

1.57 **רופא שיניים** - אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רשיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל.

1.58 **רצף ביטוחי** - מבוטחים חדשים אשר לא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, ויצטרפו לביטוח על פי הסכם זה, כאמור לעיל, או – עובדים ו/או חברים זכאים ובני משפחותיהם אשר יצטרפו לביטוח על פי הסכם זה, כאמור לעיל, והיו מבוטחים קיימים בביטוח בריאות פרטי/קבוצתי אחר, בכל חברת ביטוח, ויבקשו להצטרף לתוכנית ביטוח זו תוך 90 יום ממועד תחילת תכנית הביטוח, או תוך 90 יום ממועד תחילת זכאותו של עובד ו/או חבר חדש או תוך 90 יום ממועד ההצטרפות למשפחה, יהיו זכאים להצטרף עם רצף ביטוחי, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי ו/או ללא תקופת אכשרה בגין כיסויים וסכומי ביטוח חופפים לכיסויים בביטוח הקודם.

לעניין מצב רפואי קודם יראה מועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם. המבטח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, ובמידה ובביטוח הקיים ממנו מבוצע הרצף ישנן החרגות, הן תחלנה על המבוטח לכל אורך חיי פוליסה קבוצתית זו וכן בפוליסת ההמשכיות ככל ותמומש.

לשם שמירה על הרצף הביטוחי כאמור, נדרש המבוטח להציג דף פרטי בטוח עדכני, פוליסה קודמת לרבות תנאי קבלתו לביטוח ואישור 3 חודשים אחרונים של תשלומי הפרמיה עד מועד צירופו לפוליסה זו.

רצף ביטוחי יינתן 90 יום מיום תחילת הביטוח למבוטח או 90 יום מיום תחילת זכאותו של חבר חדש ובני משפחתו, המוקדם מביניהם.

1.59	**שב"ן-**	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
1.60	**שנת ביטוח -**	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה ביום תחילת הביטוח.
1.61	**שתל -**	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, ושתל דנטלי.
1.62	**תקופת אכשרה -**	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי בפרק, במועד תחילת הביטוח הרלוונטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום התקופה שצויינה בכל פרק לפוליסה. לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום על פי תנאי הביטוח בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה.
1.63	**תקופת הביטוח -**	30.09.2030 - 01.10.2025
1.64	**תקופת המתנה -**	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.

2. <u>**פירוט הכיסויים והשירותים**</u>

רובד בסיס לחבר/ה זכאי/ת במימון הר"י:

(א) **השתלות בישראל ומחוץ לישראל וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל** - כמפורט בפרק א' להסכם זה.

(ב) **תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות -** כמפורט בפרק ב' להסכם זה.

(ג) **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל -** כמפורט בפרק ג' להסכם זה.

- **שירותים אמבולטוריים בסיסיים -** כמפורט בפרק ה1' להסכם זה.
- **יחידה אחת של מחלות קשות לחבר/ה זכאים עד גיל 47 בלבד -** כמפורט בפרק ו' להסכם זה.

רובד בסיס לבני משפחה:

(א) **השתלות בישראל ומחוץ לישראל וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל** - כמפורט בפרק א' להסכם זה.

(ב) **תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות -** כמפורט בפרק ב' להסכם זה.

(ג) **ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל -** כמפורט בפרק ג' להסכם זה.

רבדי הרחבה לחבר/ה ובני משפחה (בכפוף לקיום רובד בסיס חובה כמפורט)

(ד) **כיסוי לניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח -** כמפורט בפרק ד' להסכם זה.

על המבוטח, לפי העניין לבחור מראש את אחד המסלולים:

חלופה 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית (פרק ד' 1)

חלופה 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן כולל השתתפות עצמית 5,000 ש"ח (פרק ד'2)

חלופה 3- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית (פרק ד'3)

(ה) **שירותים אמבולטוריים -** כמפורט בפרק ה' להסכם זה.

עבור חברי הרי זכאים ה'2 (כתוספת לה'1 ברובד הבסיס), עבור חברים שאינם זכאים ובני משפחה ה'1+ה'2.

(ו) **פיצוי מחלות קשות -** כמפורט בפרק ו' להסכם זה.

ניתן להיות מבוטחים עד מקסימום 4 יחידות (לחברים זכאים כולל היחידה במימון הר"י עד גיל 47).

דגשים חשובים:

רובד בסיס הוא חובה לפני שאר פרקי ההרחבה הוולונטריים בגביה אישית ישירות למבטחת.

צירוף בני משפחה לכל אחד מפרקי ההרחבה מותנה בצירופו של עובד/חבר הר"י לאותו פרק.

רכישת יחידות מחלות קשות מותנית במילוי הצהרת בריאות ותהליך חיתום.

רובד הבסיס לבני משפחה וכל רבדי ההרחבה בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגבייה אישית ישירה למבטחת בהוראת קבע או כרטיס אשראי.

3. **<u>פרשנות</u>**

3.1 כל האמור בפוליסה זו בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.

3.2 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

4. **<u>תוקף הפוליסה</u>**

4.1 הפוליסה ו/או כל נספח לפוליסה, לפי הענין, יכנסו לתוקפם החל מיום תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח לפוליסה כל עוד הקבוצה כוללת 50 מבוטחים לפחות.

4.2 היה ומספר המבוטחים יפחת מ 50, תינתן למבוטחים אפשרות לעבור לפוליסה פרטית בהמשכיות בכפוף לתנאי הפוליסה.

5. **<u>אופן ההצטרפות לביטוח</u>**

5.1 **<u>מבוטחים קיימים</u>**

חברים ו/או עובדים קיימים ו/או בני משפחה שצורפו לביטוח על פי ההסכם הקודם וממשיכים להיות זכאים לביטוח על פי נהלי בעל הפוליסה והכיסוי בגינם היה בתוקף בתחילת מועד הסכם זה יצורפו לביטוח בתאריך תחילת הביטוח, באופן אובליגטורי, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, בהתאם לרובד הביטוח ולהיקף הכיסוי בו היו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם, ברצף ביטוחי מלא, גם אם עודכנו ו/או הורחבו תנאי הכיסוי הביטוחי, בכפוף לאישור הודעת החידוש ככל ותידרש.

5.2 **<u>הצטרפות לרובד הבסיס עבור החברים</u>**

ההצטרפות הינה אובליגטורית - כל חברי בעל הפוליסה המשלמים דמי חבר מלאים ברצף, והזכאים למימון הכיסוי על ידי בעל הפוליסה, בכפוף להחלטות הנהלת בעל הפוליסה ולא הביעו התנגדות לצרופם לפוליסה, יצורפו לביטוח. חברים עד גיל 55 יצורפו באופן אוטומטי, במימון מלא של בעל הפוליסה ללא טפסי הצטרפות וללא הצהרת בריאות וזאת בהתאם לרשימת המבוטחים שתועבר למבטחת מעת לעת. לגבי חברים מגיל 56 ומעלה, תישלח למבטחת רשימה המפרטת מבוטחים נוספים בכפוף למילוי הצהרת הבריאות תשלום בגין מבוטחים אלו יועבר למבטחת, מיום קבלתם לביטוח על ידה בכפוף להסכמת המבטחת לקבלת המועמד לביטוח. **אי תשלום דמי חבר באופן רצוף, יגרע אותם באופן מיידי מהזכאות לביטוח במימון בעל הפוליסה.**

5.3 **<u>ההצטרפות לרובד הבסיסי עבור בני המשפחה</u>**

ההצטרפות הינה וולונטרית - עד גיל 55 תהיה ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, במסגרת חלון ההזדמנויות של 90 ימים ממועד תחילת זכאותו ו/או עבודתו של ההחבר/העובד אצל בעל הפוליסה או

ממועד תחילת הסכם הביטוח, המאוחר מבניהם.

לאחר חלון ההזדמנויות ההצטרפות מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות חתום על ידי המועמד לביטוח, הצהרת בריאות ותהליך חיתום רפואי לשביעות רצונה של המבטחת.

הצטרפות בני זוג ו/או הילדים מותנית בביטוח החבר/העובד.

5.4 **<u>הצטרפות לרובד ההרחבה עבור חברי ו/או עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם</u>**

ההצטרפות הינה וולונטרית - לפי רצון המועמד לביטוח (בכפוף להסכמת המבטחת).

ההצטרפות תהיה,עד גיל 55 כמפורט לעיל ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, במסגרת חלון ההזדמנויות של 90 ימים ממועד תחילת זכאותו של העובד ו/או החבר או ממועד תחילת הסכם הביטוח, המאוחר מבניהם.

לאחר חלון ההזדמנויות ההצטרפות לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח ומילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי הקבלה לביטוח, ובכפוף להסכמת המבטחת לקבל את המועמד לביטוח.

5.5 הצטרפות החבר לרבדים נוספים הינה בכפוף לכך שהחבר מבוטח ברובד הבסיס.

5.6 הצטרפות בני משפחה של החבר לרבדים נוספים הינה בכפוף לכך שהחבר מבוטח ברובד הנוסף.

5.7 ילדים שיצורפו לביטוח על פי סעיף 5.3 ו/או 5.4, ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו להיות מבוטחים בביטוח בתעריף בוגר.

5.8 חבר/ה שנפטר/ה, ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.

5.9 **<u>צירוף תינוק לאחר לידה</u>**

נולד למבוטח לרבות מבוטח ילד שהפך בוגר, תינוק, יהא זכאי לצרפו לפוליסה בכפוף למילוי טופס הצטרפות ותשלום אמצעי גבייה אישי, במידה וצורף תוך 120 ימים מיום לידתו, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות. ההצטרפות תבוצע רטרו ליום הלידה בכפוף להשלמת הפרמיות עבור החודשים בהם בוצע צירוף רטרו.

5.10 חבר/ה ו/או מבוטח ילד שהפך בוגר שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו עד גיל 55 כולל ילדיו/ה בתוך 120 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה . מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח זה בפועל.

לאחר מועד זה צירוף בן/בת זוג יהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות והליך חיתומי לשביעות רצונה של המבטחת.

5.11 עובד ו/או חבר בעל הפוליסה אשר היה זכאי במועד תחילת הביטוח להצטרף לביטוח אך נמנע מלעשות זאת ו/או עובד ו/או חבר /בן משפחה שגרע עצמו או נגרע עקב אי תשלום דמי חבר מלאים ברצף, מהביטוח לאחר קבלתו לביטוח, יוכל להצטרף לביטוח במועד מאוחר יותר, בכפוף למילוי הצהרת בריאות ובכפוף להסכמת המבטחת לקבל את המועמד לביטוח.

6. **<u>מבוטחים בסטאטוס חל"ת/חל"ד</u>**

מבוטח זכאי ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא/ת המבוטח הזכאי – בחופשה ללא תשלום ו/או בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 בתנאי שבמהלך החופשה שמם מופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או מראש, טרם יציאת המבוטח הזכאי לחופשה כאמור. מוסכם כי במקרה של חל"ת / חל"ד שמשכה עד 6 חודשים, ניתן יהיה לשלם את דמי הביטוח ו/או הפקדון רטרואקטיבית.

7. **<u>יציאה ל fellowship</u>**

מבוטחים זכאים המשלמים דמי חבר מלאים כמי שיצאו לחו"ל מטעמי עבודה ו/או התמחות, ובני משפחותיהם

שיצאו עמם לתקופה העולה על 90 יום , יוכלו לשמור על זכאותם להמשכיות עד מקסימום 36 חודשים, ובלבד שבמהלך תקופת שהותם בחו"ל ישלמו 25% מדמי הביטוח החודשיים אשר היו משלמים אם היו שוהים בישראל, אולם בעת השהיה בחו"ל לא יהיו זכאים לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. עם שובם לישראל, ובכפוף לתשלום דמי ביטוח מלאים ולשאר תנאי הביטוח, יהיו זכאים להמשכיות על פי תנאי הפוליסה ללא צורך בחיתום ו/או בהצהרת בריאות, ובלבד שיודיעו על שובם לישראל בתוך 90 יום מחזרתם, ורצונם בחידוש הביטוח.

8. **<u>מועד צירוף מבוטחים לביטוח</u>**

8.1 **בצירוף ללא הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:**

במידה ופרטי העובד / החבר /בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטחת, עד ה - 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו הועברו הפרטים. במידה ופרטי העובד/החבר/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטחת לאחר ה - 15 בחודש - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו הועברו פרטיהם למבטחת.

למען הסר ספק תקופת הביטוח תימדד בחודשים.

8.2 **בצירוף המחייב מילוי הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:**

דחיית ההצעה לביטוח או פנייה למבוטח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחי או פניית המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים ו/או בקשה למסמכים נוספים תבוצע לכל היותר תוך 30 ימים מיום קבלת הצעת הביטוח אצל המבטחת.

מועד ההצטרפות לביטוח על פי סעיף זה:

במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו החלה זכאותם. במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת החל מה- 16 בחודש ואילך - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו החלה זכאותם.

למען הסר ספק תקופת הביטוח תימדד בחודשים.

9. **<u>צירוף מבוטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, התשס"ט – 2009 (להלן:"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי")</u>**

<u>צירוף מבוטחים לביטוח על פי המפורט בסעיף 5 ייעשה בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המפורטות להלן:</u>

9.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

9.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרפו המבטחת ,לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: "פרקי כיסוי") ואת דמי הביטוח בעד 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 בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.

9.2 האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:

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

9.2.2 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 ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

9.2.3 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" – פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים ;תרופות; השתלות; מחלות קשות ; שיניים ; תאונות אישיות.

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

10. <u>ביטול הביטוח בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח</u>

10.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 22.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

10.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, 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 .

לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, או לא ישולמו דמי חבר מלאים ברצף בהתאם לנהלי בעל הפוליסה, ו/או כמוסכם בין המבטחת ובעל הפוליסה יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח לכל היותר בתוך 9180 ימים ממועד ידיעת בעל הפוליסה על ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח ובעל הפוליסה.

11. <u>תקופת ההסכם ותקופת הביטוח</u>

11.1 תקופת הביטוח תחל ביום 01.10.2025 או במועד צירופו של המבוטח לביטוח – לפי המאוחר מביניהם ותסתיים ביום 30.09.2030 בכפוף לאמור.

11.2 על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.

11.3 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים במועד סיום הביטוח ו/או במועד ביטול הסכם זה ו/או במועד ניתוק זיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסהו/או במועד ניתוק יחסי עובד מעביד ו/או במועד פטירתו של המבוטח – לפי המוקדם מביניהם.

תקופת הביטוח תגיע לסיומה ב- 1 לחודש העוקב לחודש שבו פנה בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לפי העניין, אל המבטחת וביקש להפסיק עבור המבוטח את הביטוח שעל פי הסכם זה.

11.4 על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

11.5 **המשכיות בתום תקופת הביטוח:**

במקרה של ניתוק זיקה לבעל הפוליסה ו/או ביטול זכאות למימון על ידי בעל הפוליסה ו/או עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או

לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבוטחים בפוליסה, להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים, בהנחה של 10% למשך 10שנים, וזאת בתנאים ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 90 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי הענין.

יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

11.6 תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.

11.7 המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטחת רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, העלאה של דמי ביטוח -לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ;לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה ;במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח ; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

12. <u>חובת הגילוי</u>

12.1 פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח שניתנו לשאלות שהוצגו בטופסי הצעת הביטוח, ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה, או בכל דרך אחרת בכתב או בטלפון, והמצורפות לפוליסה. וכן על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

12.2 הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת ענינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה, הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

12.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

12.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:

12.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מירמה.

12.2.2.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.

12.3 המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 12.2.1 ו- 12.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:

12.3.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה

לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.

12.3.2 העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.

12.4 כמו כן, המבטחת אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף 12.2.2 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייו בוטחו פעל בכוונת מרמה.

12.5 תאריך לידתו של המבוטח כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.

13. <u>דמי הביטוח ודרך תשלומם</u>

13.1 דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח יהא כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בכפוף לאמור במפרט הפוליסה המצורף לפוליסה זו.

דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי המפורט במפרט הפוליסה ובדף הרשימה וישולמו בהתאם למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.

13.2 תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור עובדיו וחבריו אשר צורפו לביטוח ברובד הבסיס.

13.3 תשלום דמי הביטוח עבור רובד ההרחבה לחבר ועבור בני המשפחה ברובד הבסיס וברובד ההרחבה יבוצע באמצעי גבייה אישי ישירות למבטחת.

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתכנית הביטוח:

דמי הביטוח הפרטניים לכל מבוטח בהתאם לרבדים שנבחרו יצויינו בדף פרטי הביטוח הפרטני.

רובד הבסיס עבור חברי הר"י – פרמיה חודשית בש"ח	
0-60	**במימון הר"י**
61-66	**במימון הר"י**
+67	**במימון הר"י**

רובד הבסיס עבור בני משפחה - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת	
0-20	**23 ₪**
21-40	**39 ₪**
41-50	**54 ₪**
51-60	**98 ₪**
61-66	**139 ₪**
+67	**181 ₪**

רבדי הרחבה

רובד הרחבה ניתוחים בארץ - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת (לבחירה מסלול אחד מבין המסלולים)			
קבוצת גיל	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים משלים שב"ן	ניתוחים בארץ מסלול שבן ה.ע. 5000 שח
0-20	26 ₪	13 ₪	10 ₪
21-25	50 ₪	25 ₪	19 ₪
26-30	50 ₪	25 ₪	19 ₪
31-35	87 ₪	44 ₪	34 ₪
36-40	87 ₪	44 ₪	34 ₪
41-45	121 ₪	61 ₪	47 ₪
46-50	121 ₪	61 ₪	47 ₪
51-55	192 ₪	97 ₪	75 ₪
56-60	228 ₪	119 ₪	92 ₪
61-65	329 ₪	174 ₪	135 ₪
+66	492 ₪	271 ₪	210 ₪

רובד הרחבה אמבולטורי - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת		
קבוצת גיל	אמבולטורי מלא לחברים שאינם זכאים ולבני משפחה פרק ה'1 + ה'2	תוספת אמבולטורי לחברים זכאים פרק ה'2
0-20	18 ₪	13 ₪
21-25	36 ₪	31 ₪
26-30	36 ₪	31 ₪
31-35	36 ₪	31 ₪
36-40	36 ₪	31 ₪
41-45	36 ₪	31 ₪
46-50	36 ₪	31 ₪
51-55	37 ₪	32 ₪
56-60	39 ₪	34 ₪
61-65	42 ₪	37 ₪
+66	125 ₪	120 ₪

רובד הרחבה מחלות קשות - פרמיה חודשית בש"ח עבור כל יחידה בעלות של 50,000 ₪ בגבייה אישית	
קבוצת גיל	מחלות קשות
0-20	4 ₪
21-25	5 ₪
26-30	7 ₪
31-35	10 ₪
36-40	17 ₪
41-45	31 ₪
46-50	50 ₪
51-55	83 ₪
56-60	127 ₪
61-65	192 ₪
+66	294 ₪

רובד הרחבה מחלות קשות הוא בכפוף לקיום רובד בסיס כמפורט לעיל.

14. **<u>התאמת פרמיה</u>**

לאחר ובתום כל 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") ולא יאוחר מ 24 חודשים ממועד תחילת הביטוח, תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות.

15. **<u>תנאי הצמדה</u>**

15.1 כל הסכומים הנקובים בש"ח בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, אם קיימים, ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים לשיעור עליית/ירידת המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

15.2 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה או המבוטח לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.

16. **<u>זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי</u>**

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.

17. **<u>הגשת תביעות</u>**

17.1 הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:

17.1.1 טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש.

17.1.2 כתב וויתור על סודיות רפואית, שישמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.

17.1.3 אם היו תשלומים, יש להעביר קבלות וחשבוניות הנדרשות לשם בירור החבות. את המסמכים והקבלות ניתן להגיש גם באופן דיגיטאלי, לרבות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.

17.2 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטחת הזכות וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, ככל שיהיה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת. מבלי לפגוע בכלליות האמור, יובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט בישראל.

17.3 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, לרבות פרטים אודות זהות מבצע הפרוצדורה הרפואית, שם בית החולים או המרפאה בהם הינו מעונין לבצע את הפרוצדורה הרפואית, וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים למצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לבצע את הפרוצדורה הרפואית, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיוכלו, להשיגם.

17.4 המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו לרבות רשימת בתי החולים ורשימות רופאים מומחים, מנתחים ומרדימים שבהסכם.

18. <u>תגמולי ביטוח</u>

18.1 המבטחת תהיה רשאית, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, במידה והיו קשורים איתה בהסכם במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, או לשלמם למבוטח תמורת קבלות וחשבוניות.

18.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר כמפורט בסעיף 17.1.3 לעיל, תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.

18.3 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר למבטחת היתר להוצאת מטבע חוץ אם יהיה צורך בכך.

18.4 תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין החזר הוצאות ששולמו במטבע שאינו מטבע ישראלי, ישולמו במטבע ישראלי ויוצמדו למדד המחירים לצרכן ממועד תשלומן ע"י המבוטח ועד למועד תשלום תגמולי הביטוח.

18.5 תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף לעיל.

18.6 נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה לגורם כלפיו התחייבה לשלמם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.

18.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל פרק מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.

18.8 מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה בשני פרקים או יותר, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכפל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.

18.9 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק לפוליסה, לפי הענין.

18.10 המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.

18.11 בכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח ולתנאי הכיסוי, יינתן למבוטח ככל שיבקש זאת התחייבות כספית אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי הפוליסה, למבטחת שמורה הזכות להתנות את העברת ההתחייבות כספית למבוטח במתן ערבונות לצורך השבת ההתחייבות הכספית ככל שיהיה בכך צורך.

19. **<u>מקרה ביטוח המכוסה על ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי ו/או על ידי פוליסה נוספת או יותר אצל המבטחת</u>**

19.1 **כפל ביטוח**

19.1.1 המבטחת תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר.

19.1.2 1בפוליסות 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.

19.1.3 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החולים.

19.1.4 המבטחת אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה לפי פרק זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל מהמבטחת.

19.1.5 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, יהא עליו להעבירו למבטחת. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך.

19.1.6 קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.

19.1.7 המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח. ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

20. **<u>ביטול הפוליסה</u>**

20.1 **תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ו/או לגבי כלל המבוטחים, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, לפי המועד המוקדם שביניהם:**

20.1.1 בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.

20.1.2 עם מותו של המבוטח.

20.1.3 במועד בו פסקה הזיקה ו/או יחסי עובד מעביד בין בעל הפוליסה לבין המבוטח ו/או בוטלה זכאות החבר למימון על ידי בעל הפוליסה על פי נהליו.

20.2 **ביטול על ידי המבוטח:**

20.2.1 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות סעיף 9 לעיל.

20.2.2 המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה למבטחת באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה.

20.2.3 ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסויים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבדיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסויים.

20.3 **ביטול על ידי המבטחת:**

המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

20.4 **ביטול על ידי בעל הפוליסה:**

בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 60 יום לחברה המבטחת ובכפוף לכך כי הביטוח הקבוצתי עובר לחברה אחרת.

21. **<u>כפיפות להסדר התחיקתי</u>**

21.1 על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

21.2 במקרה שתפורסם בחוזרי הממונה הנחיה ו/או הוראה של הממונה על הביטוח כהגדרתו בפוליסה זו, ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומן של הוראות חוזר זה בתנאי הפוליסה. ככל וליישום החוזר כאמור תהא השלכה כספית, תותנה המשך ההתקשרות בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטחת והסכמת בעל הפוליסה.

22. **<u>מתן מסמכים למבוטח</u>**

22.1 המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות הממונה דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם הממונה.

22.2 על אף האמור בסעיף 22.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושהחודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין: כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי ; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

22.3 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, וסכומים אלו לא פורטו בפוליסה, תשלח המבטחת למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

22.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח המבטחת למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטחת רשאית שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

23. **<u>מתן הודעות למבוטח</u>**

23.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי .

23.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ– 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון." חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחרת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ– 30 ימים ממועד חידוש הביטוח .

23.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור המבטחת 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 ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה .

23.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 180 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

לעניין סעיף זה, "שינוי בדמי הביטוח"- לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;".

24. **<u>התחייבויות המבטחת</u>**

מבלי לגרוע מהוראות סעיף 23 לעיל, המבטחת מתחייבת, תוך 30 ימים ממועד תחילת הביטוח להפיץ לכל אחד מיחידי קבוצת המבוטחים חוברת הכוללת את תנאי הפוליסה וגילוי נאות בין באופן ישיר.

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

25. **<u>הודעות והצהרות</u>**

כל ההודעות וההצהרות הנמסרות למבטחת על ידי בעל הפוליסה או המבוטח או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים אצל המבטחת באותו מועד, במשרדי המבטחת, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.

26. **<u>סתירות</u>**

במקרה של סתירה בין תנאים אלה לבין התנאים של נספח מסוים שצורף לפוליסה זו, יחולו תנאי הנספח ככל שמיטיבים עם המבוטח, ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים.

27. **<u>התיישנות</u>**

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. היתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה והכל בהתאם ובכפוף לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח.

28. **<u>ברירת הדין</u>**

28.1 פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק לפי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

28.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

29. **<u>שירות</u>**

המבטחת תעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות הפועל בין הימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00 ע"י המבטחת באמצעות נציגי שירות .

אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.

אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור לפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.

אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.

אנשי המוקד יתעדכנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים –ולפי השינויים יעדכנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.

פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.

פנייה של מבוטח תיענה בזמן סביר. במקרה של עומס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 48 שעות ממועד הפניה הראשונה.

לבקשת המבוטח יספק מוקד השירות תשובה בכתב. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לבירור מחלוקת ולכל צורך אחר. המבטח ימנה מתוך צוות הטיפול בתביעות, נציגים אשר יטפלו בלעדית במבוטחי פוליסה זו.

אישור התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה, מיום שהומצאו למבטחת כל המסמכים הסבירים הנדרשים לה לשם בירור חבותה בתביעה. התחייבות המבטח לתשלום תביעה תהיה עד 30 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטחת

חריגים לאחריות המבטחת החלים על כל פרקי הפוליסה

30. **<u>הוראות כלליות</u>**

30.1 פרק זה מונה את ההגבלות, הסייגים והחריגים (להלן – "החריגים הכלליים") החלים על פוליסה זו ועל כל אחד מפרקיה.

30.2 בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק זה, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המיוחדים (להלן – "החריגים המיוחדים") לגבי כל אחד מהכיסוים הביטוחיים המפורטים בפרקי הפוליסה.

31. **<u>חריג מצב רפואי קודם</u>**

31.1 **המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מפרקיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.**

31.2 **תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:**

31.2.1 **היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.**

31.2.2 **היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.**

31.2.3 **להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח קיים לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותו לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו.**

31.2.4 **לגבי מבוטחים שאינם מבוטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.**

31.2.5 **נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.**

31.2.6 **הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.**

31.2.7 **אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.**

31.3 **<u>השבת דמי הביטוח</u>**

פטורה המבטחת מחובתה בשל ההוראות המפורטות לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא

הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

32. <u>חריגים החלים על כל אחד מפרקי הפוליסה</u>

בנוסף לאמור לעיל, המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פוליסה 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.

חריגים אלה לא יחולו על פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

32.1 **מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.**

32.2 **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..**

32.3 **מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת,**

32.4 **טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים.**

32.5 **מקרה הביטוח נגרם עקב אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.**

32.6 **הריון ו/או לידה, פריון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן :**

32.6.1 **הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.**

32.6.2 **לידה בניתוח קיסרי אלקטיבי עקב צורך רפואי.**

32.6.3 **ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריון.**

32.6.4 **התייעצויות הקשורות להריון.**

32.7 **מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בו השתתף המבוטח.**

32.8 **מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מיוננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.**

32.9 **מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.**

32.10 **טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רחיפה, דאיה, גלישה אוירית, צניחה, סקי או צלילה.**

32.11 **בדיקות שגרה ומעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.**

32.12 **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.**

33. <u>**המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים הניתנים על ידי ספקים ו/או נותני שירות בהסכם ו/או אחראית ולתוצאותיהם**</u>

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי ו/או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה, נעשים על ידי המבוטח, והמבטחת איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק

השירות הרפואי לרבות ו/או כל לכל נזק שייגרם על ידם.

מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכם ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

34. **<u>הודעות</u>**

34.1 **כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:**

בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

34.2 **המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

אגף הבריאות

ת.ד. 1927

תל-אביב 5211801

34.3 **כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נותן ההודעה לתיתן.**

34.4 **בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח או המבטחת לפי העניין, להודיע על כך לצד השני בכתב.**

34.5 **כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.**

34.6 **כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה בקשר לתנאי ההסכם בלבד תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, כל הודעה הקשורה לעניין תנאי הפוליסה ו/או תשלומים בגביה אישית ו/או חידוש ו/או פרטים אחרים תישלח למבוטח. בעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפוטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודעה כאמור.**

רובד בסיס

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

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

1. **הגדרות**

1.1 **השתלה**

השתלת איבר או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועה העונה על אחת החלופות האלה:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, אשר נלקח מבעל חיים, במקומם.

1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

טיפול חלופי בישראל

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

1.2 **טיפול מיוחד מחוץ לישראל**

טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו תנאי אחד מהתנאים הבאים:

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

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

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

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

1.3 **רופא מומחה בישראל**

רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

2. **מקרה ביטוח**

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

יובהר כי מבוטח יהא זכאי לקבלת שיפוי או פיצוי בגין ביצוע השתלה כמפורט בתוכנית ביטוח זו, רק אם ההשתלה

בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח – 2008 (להלן: "חוק השתלת איברים"), הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

2.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

2.2 מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

3. **<u>תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת</u>**

3.1 מקרה ביטוח – השתלה, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:

3.1.1 רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

3.1.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

3.1.3 ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים.

3.2 מקרה ביטוח – טיפול מיוחד מחוץ לישראל, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:

3.2.1 רופא מומחה בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.

3.2.2 הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה.

3.2.3 הטיפול המיוחד ייעשה על פי אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה יבוצע.

4. **<u>תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת</u>**

4.1 עם היוודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, המחייב קבלת טיפול, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי תכנית ביטוח זו. בוצע/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות המוכרות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.

4.2 **הוראות מיוחדות לעניין ביצוע השתלה:**

תכנית ביטוח זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

4.2.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

4.2.2 מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

5. **<u>הכיסוי הביטוחי – במקרה של השתלה</u>**

5.1 השתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטחת – שיפוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 5.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות").

סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שההשתלה נעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.

5.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטחת – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 5.4 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי בכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:,

עבור השתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 6,947,598 ₪

עבור השתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 3,000,000 ₪.

עבור השתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.3 לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 150,000 ₪.

5.3 יובהר כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

במקרה בו יושתל/ו מח עצמות ו/או תאי גזע מתורם אחר לגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מגופו של המבוטח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

במקרה בו יושתל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

5.4 בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור סך הוצאות המוכרות המפורטות להלן וזאת עד לתקרת סכומי הביטוח הנקובים בסעיפים 5.2-5.1, לפי העניין, ובהתאם לתקרות ולתנאים המפורטים להלן בגין כל הוצאה:

5.4.1 הוצאות לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח, **עד סכום ביטוח מירבי בסך 75,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.**

5.4.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל **עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה** הוצאות אשפוז מחוץ לישראל לאחר ביצוע ההשתלה **עד 365 ימים למקרה ביטוח.**

5.4.3 הוצאות עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

5.4.4 הוצאות שכר צוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח, עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.

5.4.5 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל.

5.4.6 הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל ובחזרה.

5.4.7 היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.

5.4.8 הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה מחוץ לישראל עד סכום ביטוח מירבי **בסך 1,000 ₪ ליום** במקרה שבו המבוטח קטין **עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים**, ולא יותר **מסכום ביטוח מירבי בסך 50,000 ש"ח למקרה ביטוח**, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל.

5.4.9 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל אשר קשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה ולא יותר **מסכום שיפוי מירבי בסך 250,000 ₪ למקרה ביטוח,** ובלבד שטיפולים אלו ניתנים למבוטח במקום ביצוע ההשתלה מחוץ לישראל.

5.4.10 הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה **עד לסכום שיפוי מירבי בסך 231,586 ₪.**

5.4.11 הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ביצוע ההשתלה.

5.4.12 תשלום עבור הבאת מומחה מחוץ לישראל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 200,000 ₪.**

5.4.13 הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 300,000 ₪,** עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.

5.4.14 הוצאות הטסה רפואית במקרה בו עלה צורך רפואי – **עד 138,951 ₪.** על אף האמור, אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.

5.5 בנוסף להוצאות המוכרות המפורטות לעיל, תפצה המבטחת את המבוטח בגין האירועים המפורטים להלן וזאת מעבר לתקרת סכומי הביטוח הנקובה בסעיפים 5.2-5.1 לעיל:

5.5.1 **גמלה חודשית בגין השתלה – למעט השתלת מח עצמית**

5.5.1.1 עבור מועמד להשתלה: מבוטח אשר בקרות מקרה הביטוח מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי יהיה זכאי **לגמלה חודשית בסך 6,000 ₪** בגין התקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ- 12 חודשים.

מבוטח כאמור השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לחלופין לגמלה חודשית **בסך 3,000 ₪** ולמשך תקופה של עד 12 חודשים.

"**מועמד להשתלה**" – מבוטח אשר קיבל אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.

5.5.1.2 גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה: בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, למעט השתלת מח עצם עצמית, תשלם המבטחת למבוטח בחייו **גמלה חודשית בגובה 6,500 ₪** למשך תקופה של עד 24 חודשים.

5.6 **אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה**

5.6.1 פיצוי חד פעמי בגין השתלה מחוץ לישראל שבוצעה ללא מעורבות המבטחת

5.6.2 בוצעה במבוטח השתלה מחוץ לישראל, למעט השתלת מח עצם עצמית, שהמבטחת לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן שירות, בין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופת החולים ו/או לגורם אחר, **יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ₪ .**

5.7 קבלת הפיצוי כאמור, הינה בכפוף לכך שהמבוטח עבר את ההשתלה בהתאם להוראות חוזר ביטוח 1-1-2009 והוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את המבטחת בגין ההשתלה על פי פרק זה, המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.

5.8 למען הסר ספק, יובהר כי בעת קרות מקרה ביטוח, יהיה זכאי המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק מבין שתי האפשרויות לקבלת תגמולי ביטוח, לפי סעיפים 5.5-5.1 לעיל, או על פי סעיף 5.6 זה.

5.9 קיבל המבוטח פיצוי בגין מקרה ביטוח על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי ו/או פיצוי על פי פרק זה.

6. <u>הכיסוי הביטוחי – במקרה של טיפול מיוחד מחוץ לישראל</u>

6.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות בסעיף 6.3 להלן, שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי), במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, מקופת החולים הרלוונטית.

6.2 במקרה של נותן שירות בהסדר – שיפוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 6.5.5-6.5.2.

6.3 במקרה של נותן שירות שאינו בהסדר - סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על **סכום ביטוח מרבי בסך 1,736,899 ₪.**

6.4 מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

6.5 בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות בגין הטיפול המיוחד עד לתקרה הקבועה בסעיף 6.1 לעיל, כמפורט להלן ותישא בהחזרים הבאים:

6.5.1 הוצאות לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח עד לסכום שיפוי מירבי **בסך 75,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.**

6.5.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל **עד 180 יום לפני ביצוע הטיפול המיוחד** הוצאות אשפוז מחוץ לישראל לאחר ביצוע הטיפול המיוחד **עד 365 ימים למקרה ביטוח.**

6.5.3 הוצאות לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי בצוע הטיפול המיוחד.

6.5.4 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל.

6.5.5 הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל ובחזרה.

6.5.6 היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.

6.5.7 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת מחוץ לישראל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, **עד לסכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ₪ למקרה ביטוח.**

6.5.8 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול אך לא יותר **מסכום שיפוי מירבי בסך 1,000 ₪ ליום** למבוטח במקרה שבו המבוטח קטין **עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים ועד 50,000 ₪ למקרה ביטוח,** ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל.

6.5.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.

6.5.10 הוצאות טיפולי המשך הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד **עד לסכום שיפוי מירבי בסך 200,000 ₪.**

6.5.11 תשלום עבור הבאת מומחה מחוץ לישראל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 100,000 ₪.**

7. **<u>פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד</u>**

נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסים על פי תכנית ביטוח זו, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בסך 120,000 ₪, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו להם 21 שנה.

8. **<u>תקופת אכשרה</u>**

90 ימים, למעט במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – שאז, 180 ימים.

לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה בתקופת הביטוח.

פרק ב' – תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ותרופות בהתאמה אישית

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

קרה מקרה ביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן **וכן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכללים המהווים חלק בלתי נפרד מכיסוי זה.**

1. **<u>הגדרות</u>**

1.1 **<u>בדיקה גנטית</u>**

בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל הבריאות.

1.2 **<u>בית מרקחת</u>**

מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.

1.3 **<u>הרשות המוסמכת</u>**

הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווקת התרופה.

1.4 **<u>המחיר המירבי המאושר לתרופה</u>**

הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

1.5 **<u>טיפול תרופתי</u>**

נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך

1.6 **<u>מדינות מוכרות</u>**

ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ני זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA.

1.7 **<u>מרשם</u>**

מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.

1.8 **<u>סל שירותי הבריאות</u>**

מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.

1.9 **<u>סרטן</u>**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלל מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול : גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis ו - Basal Cell Carcinoma; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS; סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason

Score עד ל- 6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ 10,000/ul B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה; פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית; גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

1.10 **<u>רופא מומחה</u>**

רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה.

1.11 **<u>רשימת התרופות המאושרות</u>**

רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א – 1981, ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו - 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת על ידי הרשויות.

1.12 **<u>תרופה</u>**

חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

1.13 **<u>תרופת יתום</u>**

תרופה לטיפול במחלה נדירה.

1.14 **<u>תרופה מיוחדת</u>**

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

1.15 **<u>תרופה ניסיונית</u>**

תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופת OFF LABEL, ושמתקיים לגביה אחד מהבאים:

1.15.1 תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו.

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

1.15.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.16 **<u>תרופה OFF LABEL</u>**

תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.16.1 פרסומי ה- FDA

1.16.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

1.16.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

1.16.4 Drugdex (Micromedex), **ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):**

1.16.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

1.16.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.

1.16.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

1.16.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:

1.16.5.1 NCCN

1.16.5.2 ASCO

1.16.5.3 NICE

1.16.5.4 Esmo Minimal Recommendation

1.17 **<u>קנאביס רפואי</u>**

קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלת הסרטן אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהונפק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

2. **<u>מקרה הביטוח</u>**

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים המפורטים:

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

2.1.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**

התרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.2 **תרופה, הכלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**

תרופה אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.3 **תרופה OFF LABEL.**

2.1.4 **תרופת יתום –** שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.5 תרופה מיוחדת (29 ג' לרבות תרופה מותאמת אישית).

2.1.6 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך על פי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה ובארה"ב.

3. **<u>תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת</u>**

3.1 המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.

3.2 מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.

לא קוימה חובת המבוטח להודיע למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קוימה החובה.

הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

3.2.1 במידה והחובה לא קוימה מסיבות מוצדקות.

3.2.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.

3.3 רכש המבוטח תרופה שרכישתה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהייתה משלמת המבטחת, לו הייתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו הייתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.

3.4 בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה, עלות רכישת התרופה משמעה- הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על סכום השיפוי המירבי הקבוע לתקופת ביטוח

3.5 יובהר כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת התרופה.

4. <u>התחייבויות המבטחת</u>

4.1 הוצאות רכישת תרופה

בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, וזאת בניכוי השתתפות עצמית, ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:

4.1.1 בגין רכישת תרופות המפורטות בסעיף 2.1.1.-2.1.4 לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופות **עד סכום שיפוי מירבי בסך 3,473,799 ₪ לכלל מקרי ביטוח.**

הסכום מתחדש אחת לשנתיים. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח.

4.1.2 בגין רכישת תרופה המפורטת בסעיף 2.1.5 לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופות **עד סכום שיפוי מירבי בסך 1,000,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח ולא יותר מ 200,000 ₪ בחודש.** הסכום מתחדש אחת לשנתיים.

4.1.3 **השתתפות עצמית –**

4.1.3.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 - 2.1.4 **300 ₪ לתרופה, לאותו חודש.**

4.1.3.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.5 **600 ₪ לתרופה, לאותו חודש.**

4.1.3.3 על אף האמור בסעיפים 4.1.3.1 ו – 4.1.3.2 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ – 5,000 ₪.

4.1.3.4 בגין תרופה לטיפול במחלת הסרטן, המכוסה על פי תנאי תכנית ביטוח זו, אשר עלותה החודשית גבוהה מ-300 ₪, לא תחול השתתפות עצמית כלל.

4.2 כיסויים נלווים:

4.2.1 שיפוי בגין עלות השירות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות, עד לסכום שיפוי בסך 350 ₪ (למדד) ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

4.2.2 **השתתפות הקופה ו/או השב"ן**

היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת תכנית ביטוח זו, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיף 4.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

4.3 **בדיקות גנומיות:**

4.3.1 מקרה הביטוח בסעיף זה: גילוי מחלת סרטן במבוטח, בגינה נדרש המבוטח לבצע בדיקות גנומיות לאבחון גנטי של הגידול (להלן: "הבדיקות") ובלבד שמחלת הסרטן התגלתה אצל המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לכך שהרופא האונקולוג המטפל המליץ על ביצוע הבדיקות.

יובהר כי כל הבדיקות הגנומיות שיבוצעו עקב אותה מחלת סרטן ייחשבו כמקרה ביטוח אחד.

4.3.2 בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין הבדיקות הגנומיות שביצע, **ולא יותר מסכום מירבי של 25,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח.**

4.3.3 יודגש שאם לאחר ביצוע הבדיקה הגנומית, הרופא האונקולוג המטפל ימליץ על בדיקה נוספת/בדיקת המשך, המבטח ישפה את המבוטח עד לסכום כמפורט מטה בגין בדיקה זו.

4.3.4 תקרת השיפוי המירבי בגין בדיקות גנומיות במהלך תקופת הביטוח כהגדרתה בנספח תנאים כלליים לתוכניות ביטוח בריאות **לא תעלה על 60,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח** ותתחדש אחת לשנתיים.

4.4 **קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן:**

4.4.1 4.1.1.1מקרה הביטוח בסעיף זה: רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא מומחה למבוטח החולה במחלת סרטן ובתנאי שהמחלה התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח.

4.4.2 בקרות מקרה הביטוח, במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, (תקופת אכשרה לא תחול בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה), יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל אשר שילובם עם טיפול תרופתי נעשה על פי הנחיה של רופא מומחה, לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו, ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

4.4.3 תגמולי הביטוח עבור רכישת קנאביס רפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

4.4.3.1 גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי **הינו עד לסך של 1,000 ₪ , ועד תקרה מירבית של 15,000 ₪ לתקופת ביטוח**, בגין כל מקרה ביטוח (סכום הביטוח אינו מתחדש).

4.4.3.2 תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי.

5. <u>חריגים</u>

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, למעט אלה שבוטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו במקרים הבאים:

5.1 **מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.**

5.2 **טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.**

5.3 **תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.**

5.4 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעילות איבה או עילות ישירה בעלת אופי**

צבאי.

5.5 **מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע געיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.**

5.6 **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), השתס"ד – 2004.**

5.7 **תרופה נסיונית.**

5.8 **טיפול באמצעות קנאביס למעט תרופה אשר מכילה את רכיבי הקנאביס.**

5.9 **תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.**

5.10 **טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.**

5.11 **טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהינם נשאים או חולים.**

5.12 **תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ – 40.**

5.13 **שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.**

5.14 **קנבוס – כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים, [נוסח חדש], התשל"ג – 1973; יובהר כי הריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, אשר מכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.**

5.15 **מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.**

6. <u>תביעות</u>

6.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

6.1.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

6.1.2 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

7. <u>הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל</u>

7.1 שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.

7.2 חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.

8. <u>תקופת אכשרה</u>

90 ימים, למעט במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – שאז, 180 ימים.

לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה בתקופת הביטוח.

פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

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

קרה מקרה ביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור ההוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

1. **<u>הגדרות</u>**

1.1 **<u>התייעצות</u>**

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

1.2 **<u>טיפול מחליף ניתוח</u>**

טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצעים בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.3 **<u>ניתוח</u>**

פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אניגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.4 **<u>ניתוח מורכב</u>**

ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.

1.5 **<u>רופא מומחה</u>**

רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין, המורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול חליף הניתוח.

1.6 **<u>רופא מומחה בישראל</u>**

רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג – 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.7 **<u>שתל</u>**

כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.8 **<u>שירותים רפואיים הקשורים בניתוח</u>**

שכר מנת בבית חולים, שכר רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז עד 40 ימים בבית חולים כולל אישפוז טרום ניתוח.

2. **<u>מקרה הביטוח</u>**

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

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

המבוטח לטיפול נוסף.

3. **<u>הכיסוי הביטוחי</u>**

תכנית ביטוח זו כוללת כיסוי ביטוחי בהתאם למפורט להלן:

3.1 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6 .

3.2 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4 שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטחת לאותו הניתוח בישראל במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטחת, תחושב עלות הניתוח בהתאם לעלות ניתוח דומה המופיע באתר המבטחת, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא המבטחת ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

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

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

3.4 הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף להוראות סעיפים 3.1 עד 3.3 לעיל:

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

3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, , תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

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

3.4.4 **הוצאות טיסה עבור ניתוח מורכב:**

3.4.4.1 כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים;

3.4.4.2 הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

3.5 הוצאות שעלותן תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף להוראות סעיפים 3.1 ו- 3.2 לעיל:

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

3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - **עד 4,632 ₪.**

3.5.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - **עד 100,000 ₪.** אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.

3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - **עד 200,000 ₪**

3.5.5 הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח - **עד 60,000 ₪**

3.5.6 **הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:**

3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח המורכב – **עד 753 ₪ ליום.**

3.5.6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - **עד 1,000 ₪ ליום** למבוטח ולמלווה אחד או במקרה בו המבוטח הוא קטין **עד 1,500 ₪ ליום** למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום.

3.5.6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - **עד 250 ₪ לטיפול** ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.

3.5.6.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה - **עד 868 ₪ לכל יום.**

3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח **עד 100,000 ₪** עבור הוצאות שהוצאו מחוץ לישראל- הוצאות בגין מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

3.6 נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, **פיצוי בגובה 138,952 ₪,** ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

4. <u>תנאים מוקדמים להתחייבויות המבטחת</u>

4.1 ביצוע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח אושרו מראש ובכתב על ידי המבטחת , לרבות מועד ביצוע הניתוח או טיפול המחליף ניתוח ובכפוף למפורט בתנאים הכלליים. בוצע במבוטח ניתוח או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, אולם ביצועו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, בהתאם למפורט להלן.

4.2 המבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח. במידה ולא מתקיים במבוטח תנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.

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

5. <u>תגמולי ביטוח</u>

מבלי לגרוע מהאמור בהוראות הקבועות בתנאים הכלליים לעניין הגשת תביעות, שיפוי יינתן במסגרת תכנית ביטוח זו בגין תשלומים עבור טיפולים מחליפי ניתוח שניתנו בפועל למבוטח. לא יינתן שיפוי בטרם קבלת הטיפול מחליף הניתוח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול המחליף ניתוח לטיפולים מחליפי ניתוח עתידיים. אין באמור כדי לגרוע מזכותו של המבוטח לתבוע לאחר תקופת הביטוח, בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח.

6. <u>חריגים</u>

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:

6.1 **מקרה ביטוח שארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.**

6.2 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעילות איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי**

6.3 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, 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.**

6.4 **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 הדמייה לרבות CT ו– MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.**

6.5 **ניתוחי או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.**

6.6 **ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.**

6.7 **פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.**

6.8 **השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.**

6.9 **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.**

6.10 **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.**

7. **<u>תקופת אכשרה</u>**

90 ימים, למעט במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר – שאז, 180 ימים.

לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה בתקופת הביטוח.

רבדי הרחבה

אחת מהתוכניות הבאות - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

פרק ד'1- ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בתכנית ביטוח זו בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו **וכן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

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

1. **הגדרות**

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, לצרכי תכנית זו, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1 **בית חולים פרטי - אחד מאלה:**

1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שאושר לו ע"י הרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

1.2 **הליך/ הליך רפואי** - ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות לפי העניין כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.

1.3 **הסדר ניתוח** - הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי המבטחת למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

1.5 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

1.6 **מנתח בהסדר** - מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסדר ניתוח.

1.7 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

1.8 **נותן שירות בהסדר** - רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסדר ניתוח.

1.9 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

1.10 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת

הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.11 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.12 **שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

2. **<u>מקרה הביטוח</u>**

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

3. **<u>תגמולי הביטוח</u>**

3.1 **המבטחת תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל במקרים הבאים בלבד:**

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם המבטחת;

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

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

3.2 בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון- פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן(יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר (להלן: ההפרש) ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות בהסדר. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תכנית שב"ן.

3.3 בקרות מקרה ביטוח, שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן), בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה, וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, לא יחולו הוראות סעיף 3.1 לעיל והמבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיפשגיאה! מקור ההפניה לא נמצא. להלן ובלבד שלמבטחת קיים הסדר ניתוח עם הרופא/המוסד הרפואי.

4. **<u>התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח</u>**

בקרות מקרה ביטוח, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן, וזאת בכפוף להוראות סעיף 3 לעיל ולתנאים ולסייגים המפורטים בתוכנית ביטוח זו.

4.1 **התייעצויות**

4.1.1 המבטחת תכסה **עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח**. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

4.1.2 בעבור התייעצות שבוצעה אצל רופא שלא באמצעות נותן שירות בהסדר יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות **עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,300 ש"ח בגין כל**

התייעצות.

4.2 **שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר הנדרשות לשם ביצוע ניתוח**

4.2.1 המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע

4.2.2 המבטחת תכסה את ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר הינם נותן שירות בהסדר עם המבטחת.

4.2.3 יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, והתשלומים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף זה ישולמו ישירות על ידי המבטחת לנותני השירות שבהסדר ניתוח ולא ישולם למבוטח תשלום או החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידו לנותני שירות שבהסדר כאמור.

4.2.4 בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במסגרת השב"ן בקופת החולים בה חבר המבוטח באמצעות נותן שירות שבהסדר עם המבטחת, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטחת החזר השתתפות עצמית ככל שנשא בה בפועל בגין אותו ניתוח.

4.3 **טיפול מחליף ניתוח**

4.3.1 המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר והתשלום עבור הטיפול מחליף הניתוח ישולם על ידי המבטחת ישירות לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסכם עימו.

4.3.2 בעבור טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת במועד ביצוע הטיפול מחליף הניתוח בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת.

4.3.3 יובהר כי לא תישלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

5. **<u>תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת</u>**

5.1 עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, על המבוטח נדרש לפעול למיצוי מלוא זכויותיו בשב "ן ולשתף לשם כך פעולה עם המבטחת ככל שיידרש וכן להודיע למבטחת בהקדם והאפשרי ולמסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

5.2 על המבוטח להודיע למבטחת מראש על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.

5.3 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהייתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

5.4 יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 4.2.4 לעיל.

6. **<u>תקופת אכשרה</u>**

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

6.2 על אף האמור בסעיף 6.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

7. **<u>תחולת התנאים הכלליים על תכנית הביטוח</u>**

כל ההוראות בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות יחולו על תכנית ביטוח זו.

כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין תכנית ביטוח זו רק אם צויין בתוכנית ביטוח זו במפורש

8. **<u>חריגים</u>**

המבטחת לא תהא 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:

8.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;**

8.2 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;**

8.3 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:**

8.3.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

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

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

8.5 **השתלת איברים; לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית, התשפ"ג – 2023.**

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

8.7 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעילות איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופן צבאי;**

8.8 **מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;**

8.9 **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 20 לתנאים הכללים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

9. **<u>ברות ביטוח</u>**

9.1 הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת החברות בשב"ן") יהיה רשאי המבוטח לפנות למבטחת בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה), ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (להלן: "פוליסת המשך").

9.2 במקרה זה יעבור המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטחת במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

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

9.4 מעבר לשב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

9.5 המעבר לפוליסת ההמשך תהיה תמורת דמי הביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן. לעניין סעיף זה, "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

9.6 על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 9.3 ו- 9.4 לעיל.

9.7 על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

פרק ד' 2- ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בתכנית ביטוח זו **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו וכן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

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

1. **<u>הגדרות</u>**

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, לצרכי תכנית זו, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1 **בית חולים פרטי - אחד מאלה:**

1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שאושר לו ע"י הרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

1.2 **הליך/ הליך רפואי** - ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות לפי העניין כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.

1.3 **הסדר ניתוח** - הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי המבטחת למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.4 **התייעצות/ התייעצויות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.5 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.6 **מנתח בהסדר** - מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסדר ניתוח.

1.7 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.8 **נותן שירות בהסדר** - רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסדר ניתוח.

1.9 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

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

1.11 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.12 **שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים

או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

2. <u>מקרה הביטוח</u>

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

3. <u>תגמולי הביטוח</u>

3.1 המבטחת תשפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל במקרים הבאים בלבד:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח מקום בו תכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם המבטחת.

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת הסדר ניתוח עם המבטחת.

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

3.2 בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים (כגון- פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן(יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר (להלן: ההפרש) ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות בהסדר. לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תכנית שב"ן.

3.3 בקרות מקרה ביטוח, שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן), בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה, וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, לא יחולו הוראות סעיף 3.1 לעיל והמבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיף להלן ובלבד שלמבטחת קיים הסדר ניתוח עם הרופא/המוסד הרפואי.

4. <u>התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח</u>

בקרות מקרה ביטוח, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן, וזאת בכפוף להוראות הסעיף לעיל ולתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו.

4.1 **התייעצויות**

4.1.1 המבטחת תכסה **עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח**. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

4.1.2 בעבור התייעצות שבוצעה אצל רופא שלא באמצעות נותן שירות בהסדר יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות **עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,300 ש"ח בגין כל התייעצות.**

4.2 **שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר הנדרשות לשם ביצוע ניתוח**

4.2.1 המבטחת תכסה את שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.2.4

4.2.2 המבטחת תכסה את ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, ובניכוי השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4.2.4 להלן, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר הינם נותן שירות בהסדר עם המבטחת.

4.2.3 יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, והתשלומים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף זה ישולמו ישירות על ידי המבטחת לנותני השירות שבהסדר ניתוח ולא ישולם למבוטח תשלום או החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידו לנותני שירות שבהסדר כאמור.

4.2.4 השתתפות עצמית בגין ביצוע ניתוח - בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו באמצעות נותן שירות שבהסדר, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי בגין ההוצאות בסעיפים - 4.2.14.2.1 - 4.2.24.2.2 לעיל, בניכוי השתתפות עצמית למקרה ביטוח בגובה 5,000 ₪ .

4.2.5 בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במסגרת השב"ן בקופת החולים בה חבר המבוטח באמצעות נותן שירות שבהסדר עם המבטחת, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטחת החזר השתתפות עצמית ככל שנשא בה בפועל בגין אותו ניתוח.

4.2.6 במקרה שבו עלות הניתוח של המבוטח נמוכה מ 5,000 ₪ על פי הסדר ניתוח שיש בין המבטחת לבין נותן השירות שבהסדר המבוקש על ידי המבוטח, יאפשר המבטח למבוטח לעבור את הניתוח במחיר שקבוע בהסדר שבין המבטח לבין נותן השירות האמור.

4.3 **טיפול מחליף ניתוח**

4.3.1 המבטחת תכסה את עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר והתשלום עבור הטיפול מחליף הניתוח ישולם על ידי המבטחת ישירות לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסכם עימו.

4.3.2 בעבור טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת במועד ביצוע הטיפול מחליף הניתוח בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת.

4.3.3 יובהר כי לא תישלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

5. **<u>תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת</u>**

5.1 עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, על המבוטח נדרש לפעול למיצוי מלוא זכויותיו בשב "ן ולשתף לשם כך פעולה עם המבטחת ככל שיידרש וכן להודיע למבטחת בהקדם והאפשרי ולמסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

5.2 על המבוטח להודיע למבטחת מראש על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.

5.3 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

5.4 יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 4.2.3 לעיל.

6. **<u>תקופת אכשרה</u>**

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

6.2 על אף האמור בסעיף 6.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

7. **<u>תחולת התנאים הכלליים על תכנית הביטוח</u>**

כל ההוראות בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחולו על תכנית ביטוח זו.

כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין תכנית ביטוח זו רק אם צויין בתכנית ביטוח זו במפורש.

8. **<u>חריגים</u>**

המבטחת לא תהא 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:

8.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;**

8.2 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;**

8.3 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:**

8.3.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;**

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

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

8.5 **השתלת איברים; לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים)ביטוח( )תנאים**

8.6 **בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית(, התשפ"ג - 2023**

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

8.8 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעילות איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופן צבאי;**

8.9 **מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;**

8.10 **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 20 לתנאים הכללים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

9. **<u>ברות ביטוח</u>**

9.1 הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת החברות בשב"ן") יהיה רשאי המבוטח לפנות למבטחת בתוך 60 יום מיום הפסקת החברות בשב"ן, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה), ובין אם לאו,

בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (להלן: "פוליסת המשך").

9.2 במקרה זה יעבור המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטחת במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

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

9.2.2 מעבר לשב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

9.3 המעבר לפוליסת ההמשך תהיה תמורת דמי הביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן. לעניין סעיף זה, "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

9.4 על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 9.2.1 ו- 9.2.2 לעיל.

9.5 על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

פרק ד'3 - ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בתכנית ביטוח זו **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו וכן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.** הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו יחול, על פי הוראותיו, **רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח ובכפוף להצעה, להצהרות ולהודעות שאותן מסר המבוטח למבטחת המהוות חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

1. **<u>הגדרות</u>**

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, לצרכי תכנית זו, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1 **בית חולים פרטי - אחד מאלה:**

1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2 **הליך/ הליך רפואי** - ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות לפי העניין כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.

1.3 **התייעצות/ התייעצויות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

1.4 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

1.5 **מנתח בהסדר** - מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח היה המנתח צד להסכם.

1.6 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.7 **נותן שירות בהסדר** - רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת למעט השתתפות עצמית ככל ונקבעה ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.

1.8 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

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

1.10 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.11 **שתל** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

2. **<u>מקרה ביטוח</u>**

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

3. **<u>התחייבויות המבטח</u>**

בקרות מקרה ביטוח, במהלך תקופת הביטוח, לאחר תקופת האכשרה יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן בגין הליך רפואי, וזאת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו.

3.1 **התייעצויות**

3.1.1 המבטחת **תכסה עד שלוש התייעצויות** אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.1.2 בעבור התייעצות שבוצעה אצל רופא שלא באמצעות נותן שירות בהסדר, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות **עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,300 ש"ח** בגין כל התייעצות.

3.2 **שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר הנדרשות לשם ביצוע ניתוח**

3.2.1 המבטחת תכסה את מלוא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

3.2.2 המבטחת תכסה את מלא ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים ,הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות)" ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.

3.2.3 יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, והתשלומים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף זה ישולמו ישירות על ידי המבטחת לנותני השירות שבהסדר ולא ישולם למבוטח כל תשלום או החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור.

3.2.4 בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במסגרת השב"ן בקופת החולים בה חבר המבוטח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטחת, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטחת החזר השתתפות עצמית ככל שנשא בה בפועל בגין אותו ניתוח.

3.3 **טיפול מחליף ניתוח**

3.3.1 המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר והתשלום עבור הטיפול מחליף הניתוח ישולם על ידי המבטחת ישירות לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסכם עימו.

3.3.2 בעבור טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת במועד ביצוע הטיפול מחליף הניתוח בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט של המבטחת.

3.3.3 יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. **<u>תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת</u>**

4.1 על המבוטח להודיע למבטחת מראש על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.

4.2 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהייתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

4.3 יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו.

5. **<u>תקופת אכשרה</u>**

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

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

6. **<u>תחולת התנאים הכלליים על תכנית הביטוח</u>**

כל ההוראות בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחולו על תכנית ביטוח זו.

כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין תכנית ביטוח זו רק אם צוין בתכנית ביטוח זו במפורש.

7. **<u>חריגים</u>**

המבטחת לא תהא 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:

7.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;**

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

7.3 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:**

7.3.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.**

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

7.4 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים,**

7.5 **השתלת איברים, לעניין זה, השתלה כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים**

7.6 **בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג – 2023.**

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

7.8 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעילות איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופן צבאי.**

7.9	**מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;**
7.10	**מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 20 לתנאים הכללים לתכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

פרק ה'- שירותים אמבולטוריים - הגדרות

1. **<u>הגדרת מקרה הביטוח</u>**

הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים להלן אשר יינתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתנאי הזכאות המפורטים בכל סעיף בנפרד.

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בתוכנית ביטוח זו **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתוכנית ביטוח זו וכן בכפוף להוראות לתנאים ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות המהווים חלק בלתי נפרד מתוכנית ביטוח זו.**

הכיסוי הביטוחי בתוכנית ביטוח זו יחול, על פי הוראותיו, **רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שהינו בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.**

הכיסויים בפרק זה כפופים להפניה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

2. **<u>הגדרות</u>**

בדיקות אבחנתיות - בדיקות אבחון, מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות רדיולוגיות כמו: אולטרה סאונד, CT, MRI, PET, קולונסקופיה וירטואלית, צינתור וירטואלי, גלולה לראיית המעי הדק וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה **למעט בדיקות רפואיות אבחנתיות הקשורות להפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או אי שפיות ו/או טיפולים מסוג פסיכודידקטי לרבות אבחון פסיכודידקטי, אבחון ריפוי בעיסוק, אבחון קלינאית תקשורת ואבחון פסיכולוגי, לרבות בדיקות כאמור המבוצעות אצל נוירולוג.**

פיזיותרפיסט – אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.

סקירה גנטית לאבחון טרום לידתי - בדיקת סיסי שליה או בדיקת מי שפיר, המבוצעת במהלך ההריון, לצורך אבחון מומים גנטיים בעובר.

סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר - בדיקה הנעשית תוך שימוש במכשיר אולטרה סאונד, לצורך דימות רפואי של העובר ברחם אימו המבוטחת.

3. **<u>תקופת אכשרה</u>**

90 ימים. במקרים של הריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות ו/או טיפולים בעובר - 180 יום.

פרק ה'1- שירותים אמבולטוריים

4. **פירוט הכיסויים**

4.1 **חוות דעת נוספת בחו"ל**

המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית, או דרך טיפול בבעיה, או בדיקת ממצאים רפואיים, או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת **ולא יותר מ 6,948 ₪ לשנת ביטוח** ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי ולאחר קבלת חוות דעת ראשונה בישראל.

4.2 **בדיקות גנטיות מניעתיות**

בהפניית רופא מומחה בתחום הרלוונטי, תשפה המבוטחת עבור בדיקות לאבחון חשד לגילוי נשאות של גנים סרטניים או מחלות אחרות כולל ריצוף גנטי אשר יבוצעו במוסד מוכר ומורשה **עד לתקרה על סך 4,000 ₪ לתקופת ביטוח** בכפוף להשתתפות עצמית על סך 20%.

4.3 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים (ONCOTEST):**

מבוטח, אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "ONCOTEST", בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20% מהוצאות המבוטח, **ועד לתקרה על של 4,000 ₪ למקרה ביטוח**.

יובהר כי מקרה הביטוח לעניין סעיף זה הינו גילוי גידול ממאיר בגופו של המבוטח.

4.4 **שיקום הדיבור לאחר אירוע מוחי**

המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור לאחר אירוע מוחי או תאונה במרכז רפואי מוסמך וע"י מטפל מוסמך, בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי או ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור ושניתן לשפרו ע"י טיפול שיקום מיוחד. ה**חזר עד 208 ₪ לטיפול** ועד 10 טיפולים בשנת ביטוח בכפוף לה.ע של 20% ובכפוף להפניית רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

4.5 **אחות פרטית**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות עבור שמירה פרטית של אח/אחות פרטיים המוסמכים לצורך שמירה על המבוטח במסגרת אשפוז בבית חולים ולאחר ניתוח. בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מהעלות בפועל **עד לסכום של 550 ₪ ליום** ועד לתקופה של 8 ימים בתקופת ביטוח.

4.6 **בדיקות סקר מנהלים**

המבטח ישפה את המבוטח בגין: בדיקות דם ושתן כלליות, המטולוגיה + כימיה + שתן, סדרה רחבה של בדיקות ראייה, בדיקת לחץ תוך עיני, בדיקת שמיעה בתא אטום לרעש, דם סמוי בצואה, סמירומאריה – תפקודי ריאות, צילום חזה, בדיקת א.ק.ג, בדיקת דופק ולחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת רופא פנימי מומחה, גניקולוגיה + PAP, בדיקת ממוגרפיה וייעוץ רפואי מסכם. למבוטח מעל גיל 40, אחת לשנתיים **עד לתקרת החזר של 800 ₪** ובכפוף להשתתפות עצמית על סך 20%.

4.7 **בדיקות הריון**

המבטחת תשפה את המבוטחת בגין הוצאותיה בפועל עבור בדיקת חלבון עוברי, בדיקת שקיפות עורפית. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר, בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים. **תקרת החזר עד 5,326 ₪ לכל הריון, בהריון מרובה עוברים החזר עד 6,484 ₪**, בכפוף להשתתפות עצמית ע"ס 25%.

4.8 **<u>הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל – IVF</u>**

טיפול הפריה חוץ גופית, אשר בוצע במבוטחת על פי הפניה של רופא מומחה במחלקת ליקויי פריון בבית חולים מוסמך בישראל.

המבטחת תשפה את המבוטחת בגין הוצאותיה בפועל עבור טיפול/י הפריה חוץ גופית. השיפוי יהיה בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 25% מהוצאות המבוטחת בפועל בגין הטיפולים, **עד תקרה בסך 10,297 ₪ למקרה ביטוח לטיפול בישראל ועד תקרה בסך 21,000 ₪ לשנת ביטוח לטיפול בחו"ל**, ועד שני טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

יובהר כי לא יינתן כיסוי לטיפולים ובדיקות על פי תוכנית זו, בגין הפריה ו/או הריון המבוצע באמצעות מי שאינה המבוטחת ("הליך פונדקאות").

פרק ה'2- שירותים אמבולטוריים נוספים

פירוט הכיסויים

4.9 **התייעצויות עם רופא מומחה בישראל**

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בישראל לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה), בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 25%. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין 3 התייעצויות עם רופא מומחה בישראל במהלך שנת ביטוח. **התייעצות ראשונה עד 1,859 ₪ וכל התייעצות נוספת עד 926 ₪.**

4.10 **בדיקות אבחנתיות**

המבטחת תשפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 2, עד לסכום ביטוח מרבי לכלל הבדיקות לשנת ביטוח, **על סך 35,251 ₪,** בכפוף להשתתפות עצמית של 25%, ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית ובכפוף לבעיה רפואית פעילה.

4.11 **מלונית**

המבטחת תשפה את היולדת המבוטחת בהוצאות שהייה במלונית המוכרת ומוגדרת כמוסד המיועד להבראה לאחר לידה. השיפוי יינתן לאחר לידת הילד הרביעי או לאחר לידת כל ילד נוסף אחריו ובכפוף למעבר למלונית מיד לאחר הלידה. סכום השיפוי יעמוד על 75% מההוצאה **בפועל עד לסכום מירבי בסך 343 ₪ ליום** ולתקופה מרבית של עד שלשה ימי שהייה.

4.12 **טיפול בבעיות התפתחות הילד**

המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 16-3 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, , טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ת ו/או באמצעות בעלי חיים, **ועד 205 ₪ לטיפול** ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 10 טיפולים לתקופת ביטוח.

4.13 **הרטבת לילה לילדים מעל גיל 5**

בהפניית רופא מומחה בתחום הרלוונטי, תשפה המבטחת את המבוטח בגין אירועים חוזרים של בריחת שתן, לילדים מעל גיל 5, אשר אינם נובעים מבעיה מולדת או נוירולוגית מאובחנת. הכיסוי הינו בגין רכישת אביזרים וייעוץ וטיפול במכון מורשה, **עד תקרה של 686 ₪ לשנת ביטוח**, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 25%.

4.14 **אביזרים רפואיים**

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי בכפוף להפניית רופא מומחה בתחום הרלוונטי, כמפורט ברשימת האביזרים להלן: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינקס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, קסדת קרח, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קרטוקונוס במקרים של קרטוקונוס או קוצר ראיה גבוה מעל 7 או קוצר ראייה לא גבוה בשילוב קרניות דקות, או מצב לאחר השתלת קרנית או ריפוי קרנית וכן במקרים של היפראופיה גבוהה או אסטיגמטיזם מעל 2.5. שתל קוכליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת של נעלים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, **ההחזר הינו עד הסכום 4,000 ₪ לשנת ביטוח** ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.15 **<u>מנוי למשדר קרדיולוגי</u>**

המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשרותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה , וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, **עד 172 ₪ לחודש** ועד 18 חודשים בכל תקופת הביטוח.

4.16 **<u>התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או אירוע לב</u>**

המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי חוות דעת רפואית שניתנה ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, **עד 263 ₪ לחודש** ועד 12 חודשים לתקופת ביטוח.

4.17 **<u>שהייה במוסד החלמה</u>**

המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו לעיל, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי חוות דעת רפואית שניתנה ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי וזאת רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים ועד 75% מההוצאות בפועל**, עד 900 ₪ ליום** ולא יותר מ- 12 ימים.

4.18 **<u>פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח</u>**

המבטחת תעביר תגמולי ביטוח ליורשיו החוקיים של המבוטח בקרות מקרה מוות במהלך ניתוח גדול/מורכב כהגדרתו בפרק ההגדרות בפוליסה לעיל ו/או במהלך תקופת החלמה שלאחר הניתוח, שלא תעלה על שבע יממות ממועד גמר הניתוח ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח.

הפיצוי שישולם יהיה עד סך של 49,791 ₪.

4.19 **<u>פיצוי לאחר אשפוז כתוצאה מניתוח</u>**

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין שהייה רצופה בבית חולים לאחר ניתוח שבוצע במבוטח וכתוצאה ישירה ובלעדית ממנו. כמועד קרות מקרה הביטוח ייחשב המועד בו בוצע הניתוח.

גובה הפיצוי יהיה בסך של 400 ₪ בגין כל יום אשפוז בפועל כמוגדר בפוליסה לעיל, החל מהיום השלישי לאשפוז ועד למכסה מרבית של שמונה ימים ובכפוף ל 15% השתתפות עצמית.

4.20 **<u>הוצאות נסיעה לתושבי אילת</u>**

מבוטח תושב אילת הזקוק עפ"י קביעת רופא קופת החולים בה הוא חבר, בהתאם לסל השירותים בחוק הבריאות, לטיפול שאין באפשרותו לקבלו בעיר אילת, יהיה זכאי להחזר הוצאות עבור כרטיס טיסה למרכז הארץ בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים, **עד לגובה ההוצאה בפועל** ובכפוף ל 20% השתתפות עצמית.

פרק ו' - פיצוי מחלות קשות

אירע מקרה הביטוח, תשלם המבטחת למבוטח 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 המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שתכנית ביטוח זו הינה בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח ובכפוף להצעה, להצהרות ולהודעות שאותן מסר המבוטח למבטחת המהוות חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

1. **<u>הגדרות</u>**

1.1 **מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה -** מקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 2 להלן, על סעיפיו הקטנים, שאובחן אצל המבוטח 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 למבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1.3 **מקרה ביטוח נוסף של גילוי מחלה קשה**- כל מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה שארע למבוטח, 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 למבוטח בתקופת הביטוח. (לדוגמה: בקרות מקרה ביטוח שלישי למבוטח במהלך תקופת ביטוח, מקרה הביטוח הקודם ייחשב כמקרה הביטוח השני שארע למבוטח במהלך תקופת הביטוח).

1.5 **מקרה ביטוח מיוחד-** אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1.5.1 טיפול במפרצת מוחית (Treatment of Cerebral aneurysm) -- מקרה בו המבוטח 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 CORONARY) (ANGIOPLASTY PERCUTANEOUS) חיתוך בלה (ARTHERECTOMY), השארת 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 יכלול שיטות לייזר 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 בקרות 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 ולפשוט 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 5 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. **<u>מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה</u>**

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 **<u>קבוצה ראשונה (להלן: הקבוצה הראשונה):</u>**

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 מפושט 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 מפושט 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 היפרספלניזם.

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 ממ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"כ.

2.1.7 **מצב וגטטיבי 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 שנותרות 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 המח (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 **<u>קבוצה שנייה: (להלן: הקבוצה השנייה)</u>**

בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, 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 צינתור 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 נוירולוגי 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 (up to 20 (Juvenile Insulin Dependent Diabetes) –**

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 הלבלב. 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 ספינלי) (Spinal stroke)-** נמק ומוות של רקמות חוט השידרה עקב אי אספקת דם או דימום בתוך חוט השידרה, הגורם לנזק וחוסר נוירולוגי קבוע, עם סימפטומים קליניים תמידיים.

2.3 **<u>קבוצה שלישית: (להלן: הקבוצה השלישית)</u>**

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 כטרום 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 Hyperkeratosis ו - Basal Cell Carcinoma;

2.3.1.3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell 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 10,000 B cell/ul lymphocytes 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 לכריתה 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 נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על-ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

2.3.3 **השתלת מח עצמות (Bone Marrow Transplantation)** –

2.3.3.1 אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מבניהם:

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

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 נוירולוג 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 נוירולוג 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)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי, הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (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 נוירולוג מומחה.

2.3.17 **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג 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 נוירולוג 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 נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי 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 ממ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 ממ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

2.3.21 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך, ואשר בעקבותיהן 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 נוירומיאליטיס אופטיקה (Devic's disease Neuromyelitis optica – NMO)**

אבחנה מוחלטת של מחלת דוויק ע"י רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה, 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 והקוגנטיבי 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. <u>ביטוח של גילוי סרטן מוקדם</u>

3.1 מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם הינו אבחון בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית של אחד מהמקרים הבאים המפורטים בסעיפים 3.1.3 , 3.1.1 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) –** 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, ולאחת 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: נאופלזיה אינטרא-אפיתיאלית של פי הטבעת דרגה 1 או 2 Anal Intraepithelial Neoplasia (AIN), או גידולים מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה Squamous Intraepithelial Lesions (LGSIL), כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי 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 נוירואנדוקריני 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)** - 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)** - 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 נוירואנדוקריני. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להוצאת הגידול כולל כריתת ריאה חלקית (כגון לובקטומיה) או מסוג כריתת יתד.

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

3.1.3.8 **גידול מוקדם של סרטן הוושט- Oesophagus carcinoma in situ))**- קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הוושט. המבוטח 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 משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של השחלות או גידול גבולי או גידול עם פוטנציאל ממאירות נמוך. המבוטחת 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 הלבלב (Pancreas carcinoma in situ)** - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הלבלב או גידול נוירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

3.1.3.11 **גידול מוקדם של סרטן אגן הכליה או השופכן (Renal pelvis or ureter carcinoma in situ)** - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של אגן הכליה או השופכן. המבוטח 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 משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של סרטן הבטן או גידול נוירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. המבוטח 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 שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של האשך מסוג ITGCNU (Intra-tubular germ cell neoplasia unclassified) או גידול שפיר של האשכים שהסתיים בניתוח הסרת כל האשך (אורכידקטומיה).

3.1.3.14 **גידול מוקדם של סרטן הרחם (Uterus carcinoma in situ)** - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא 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 שהוצא 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-אפיתיאלית של הנרתיק (VAIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה.

3.1.3.16 **גידול מוקדם של סרטן הפות (Vulva carcinoma in situ)** - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא 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-אפיתיאלית של הפות (VIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה.

4. <u>התחייבויות המבטחת</u>

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 לגביו 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 4.1.1.2-4.1.1.1 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.

לעניין סעיף זה מחלה אחרת- מחלה קשה או אירוע רפואי הכלולים בתכנית ביטוח זו, אשר לא הוגשה בגינן 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).

בקרות 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 בקרות 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 בקרות 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, שאינו 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 כמוגדר 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. **<u>תום תקופת הביטוח</u>**

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. **<u>תום תוקף הביטוח</u>**

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 כולל. 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. **<u>חריגים מיוחדים</u>**

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

תקופת הביטוח: 01/10/2025 ועד 30/09/2030 (5 שנים)

מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/10/2025

<u>להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתוכנית הביטוח</u>

רובד הבסיס עבור חברי הר"י – פרמיה חודשית בש"ח	
0-60	במימון הר"י
61-66	במימון הר"י
+67	במימון הר"י

רובד הבסיס עבור בני משפחה - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת	
0-20	23 ₪
21-40	39 ₪
41-50	54 ₪
51-60	98 ₪
61-66	139 ₪
+67	181 ₪

<u>רבדי הרחבה</u>

רובד הרחבה ניתוחים בארץ - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת (לבחירה מסלול אחד מבין המסלולים)			
קבוצת גיל	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	ניתוחים בארץ מסלול ניתוחים משלים שב"ן	ניתוחים בארץ מסלול שבן ה.ע. 5000 שח
0-20	26 ₪	13 ₪	10 ₪
21-25	50 ₪	25 ₪	19 ₪
26-30	50 ₪	25 ₪	19 ₪
31-35	87 ₪	44 ₪	34 ₪
36-40	87 ₪	44 ₪	34 ₪
41-45	121 ₪	61 ₪	47 ₪
46-50	121 ₪	61 ₪	47 ₪
51-55	192 ₪	97 ₪	75 ₪
56-60	228 ₪	119 ₪	92 ₪
61-65	329 ₪	174 ₪	135 ₪
+66	492 ₪	271 ₪	210 ₪

רובד הרחבה אמבולטורי - פרמיה חודשית בש"ח בגבייה אישית ישירה למבטחת		
קבוצת גיל	אמבולטורי מלא לחברים שאינם זכאים ולבני משפחה פרק ה'1 + ה'2	תוספת אמבולטורי לחברים זכאים פרק ה'2
0-20	18 ₪	13 ₪
21-25	36 ₪	31 ₪
26-30	36 ₪	31 ₪
31-35	36 ₪	31 ₪
36-40	36 ₪	31 ₪
41-45	36 ₪	31 ₪
46-50	36 ₪	31 ₪
51-55	37 ₪	32 ₪
56-60	39 ₪	34 ₪
61-65	42 ₪	37 ₪
+66	125 ₪	120 ₪

רובד הרחבה מחלות קשות - פרמיה חודשית בש"ח עבור כל יחידה בעלות של 50,000 ₪ בגבייה אישית	
קבוצת גיל	מחלות קשות
0-20	4 ₪
21-25	5 ₪
26-30	7 ₪
31-35	10 ₪
36-40	17 ₪
41-45	31 ₪
46-50	50 ₪
51-55	83 ₪
56-60	127 ₪
61-65	192 ₪
+66	294 ₪

- **רבדי ההרחבה הינם בכפוף לקיום רובד הבסיס כמפורט לעיל.**
- **מדד יסודי** - המדד אשר יפורסם ביום 15.09.2025
- **ילד עד גיל 20 כולל.**
- **ילד שלישי ואילך חינם. נכד שלישי ואילך חינם בכל בית אב.**

טופס תביעה להשתלה, טיפול מיוחד בחו"ל וניתוחים בחו"ל
באמצעות פקס: 03-7606744 או באמצעות דוא"ל: t-surg@menora.co.il

לפניות ובירורים בנושא תביעה- מוקד שירות לקוחות בטלפון: 03-7107957 או *2000

אופן הגשת התביעות

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקיו- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח, יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.

- חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח)לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'(בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
- חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.

כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

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

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

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

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

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

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

התיישנות

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

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

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

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה,

תרופות שאינן בסל הבריאות

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה,

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול

המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

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

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

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

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

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

התיישנות

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

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

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

בדיקות רפואיות אבחנתיות

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

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור 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.

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

טיפולי פיזיותרפיה

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

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור 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.

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

בדיקות הריון

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

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה. יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

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

טיפולי הפריה חוץ גופית

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

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטחת. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור 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.

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

טיפול בהתפתחות הילד

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

- חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור 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 שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

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

מנורה מבטחים

לפרטים נוספים,
הנכם מוזמנים ליצור קשר:

ההסתדרות הרפואית בישראל

טלפון: 03-6100471

מייל: prat@ima.org.il

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

וואטסאפ: 054-7108187

מוקד שירות לקוחות: 03-7103699

www.menoramivt.co.il

מתקדמים בטוח.

מוקד שירות לקוחות ארצי 2000 *

www.menoramivt.co.il

מסמך זה נועד לשימוש פנימי בלבד ואינו מיועד להפצה, העתקה, פרסום או שימוש מסחרי מכל סוג שהוא.