

**מכרז פומבי מספר 001/2021
לביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי המכון הטכנולוגי חולון
ובני משפחותיהם**

הזמנה להציע הצעות
רשימת מסמכים להזמנה להציע הצעות

המסמך	מסמך מצורף
מסמך א'	הזמנה להציע הצעות
מסמך א (1)'	התפלגות גילאים
מסמך ב'	הצעת המציע- כללי
מסמך ג'	הסכם ביטוח בריאות
מסמך ג (1)'	גילוי נאות ותנאי פוליסה מבוקשת לביטוח בריאות
מסמך ג (2)'	הצהרת בריאות
מסמך ג (3)'	דוחות להגשה תקופתית.

כל המסמכים לעיל מהווים יחד את מסמכי החוזה, בין שהם מצורפים ובין שאינם מצורפים.

הצהרת המציע

אנו מצהירים בזאת, כי ברשותנו נמצאים כל המסמכים הנזכרים בהזמנה להציע הצעות לעיל, קראנו והבנו את תוכנם, קיבלנו את כל ההסברים אשר ביקשנו לדעת, ואנו מתחייבים לבצע את השירות בכפיפות לדרישות המוגדרות בהם. הצהרה זו מהווה נספח לחוזה זה, והיא חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך _____

חתימת מורשה החתימה וחותמת החברה

תפקיד

שם מלא

מסמך א'

הזמנת הצעות ותנאי המכרז

המכון הטכנולוגי חולון (להלן: "המכון" או "המזמין") מבקש הצעות להשתתפות במכרז להתקשרות בחוזה למתן שירותי ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המזמין ובני משפחותיהם, והכול בכפוף להוראות הנקובות במסמכי המכרז ובנספחים המצורפים לו, והמהווים חלק בלתי נפרד ממנו. (להלן: "המכרז" ו- "השירותים").

1. הקדמה

1.1 כללי

המכון הטכנולוגי חולון מונה כ-245 עובדים בתקן, כמפורט להלן: הסגל האקדמי הבכיר מונה כ-176 עובדים. הסגל המנהלי בהסכם קיבוצי מונה כ-69 עובדים. כמו כן, המכון מונה כ-184 עובדים נוספים שאינם בתקן. כמות המבוטחים והתפלגות הגילאים מצורפים כנספח א(1) להזמנה זו. **המכון אינו מפעיל כיום הסדר ביטוח קבוצתי עבור העובדים.**

1.2 תנאי פוליסת הביטוח המבוקשת:

על פי הזמנה זו, מבוקשת הצעה לביטוח בריאות קבוצתי עבור עובדי המזמין ובני משפחותיהם.

1.3 הצטרפות לביטוח

ההצטרפות לביטוח הינה רצונית בהתאם לתנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה, והמזמין אינו מתחייב לכמות מינימלית או אחרת של מצטרפים לביטוח. יובהר כי מתן ההודעות וצירוף המבוטחים יהיו באחריות המציע הזוכה, ויבוצעו על ידו, והכול בהתאם לתקנות. המזמין התחייב להעמיד לרשות המציע הזוכה את כל הכלים העומדים לרשותו כדי לצרף את העובדים ובני משפחותיהם לביטוח במהירות וביעילות.

1.4 תשלום עבור הביטוח וסבסודו

חברי הסגל האקדמי בכיר וחברי הסגל המנהלי בהסכם קיבוצי (להלן: "הסגל בתקן"):

- 1.4.1. המזמין ישתתף בעלות עבור הרובד הבסיסי, לכלל חברי הסגל בתקן אשר יבחרו להצטרף להסדר הביטוח הקבוצתי, חברי הסגל יישאו העלות שווי המס בגין ההטבה.
- 1.4.2. העובד המבוטח יישא במלוא עלות רובדי הביטוח הנוספים (רובדי רשות). כמו כן, העובד המבוטח יישא במלוא עלות הביטוח עבור בני משפחתו הזכאים להצטרף לביטוח.
- 1.4.3. דמי הביטוח שעל המבוטחים לשלם ינוכו משכרם של העובדים, ויועברו במרוכז למבטח יחד עם העלות (הסבסוד) אותה נושא המזמין.

1.5 עובדים שאינם חברי הסגל בתקן

עובדים שאינם חברי הסגל בתקן ובני משפחתם יהיו זכאים להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח לפי בחירתם, בהתאם לתנאי ההצטרפות הקבועים בפוליסה. עובדים שאינם בתקן יישאו במלוא עלות הביטוח. המזמין שומר לעצמו את הזכות להשתתף בעתיד בעלות הביטוח עבור הרובד הבסיסי לחברי הסגל שאינם בתקן.

2. היקף הביטוח המבוקש

- 2.1 התנאים הכלליים וכיסויי הביטוח מצ"ב כמסמך ג(1).
- 2.2 תקופת הביטוח הינה בת 5 שנים, לאחריה תעמוד לבעל הפוליסה והמבטח האופציה לחדש את הביטוח לתקופה נוספת בת 5 שנים, בתנאים שיסוכמו בין הצדדים.

3 תנאי סף כלליים להגשת הצעה

- תנאי הסף להגשת הצעות מחיר הם כי במועד האחרון שנקבע להגשת הצעות יתקיימו לגבי המציע כל הדרישות הבאות:
- 3.1 המציע הוא חברת ביטוח מורשית בענף מחלות ואשפוז (להלן "המציע"), ויש בידיו אישור מהמפקח על הביטוח במשרד האוצר.
 - 3.2 כמו כן, יגיש המציע העתק נאמן למקור של הרישיון בתוקף במועד הגשת הצעה.
 - 3.3 למען הסדר הטוב יודגש שההזמנה להציע הצעות אינה מיועדת לסוכנויות ביטוח, וההצעות יוגשו ע"י חברת ביטוח בלבד, ולא באמצעות סוכנות ביטוח.
 - 3.4 נכון למועד הגשת הצעה, המציע מבטח לפחות 3 קולקטיבים המונים מעל 1,000 מבוטחים כ"א, לתקופה רציפה של מעל 5 שנים, בהסדר לביטוח בריאות קבוצתי הכולל כיסויי ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, ושירותים רפואיים אמבולטוריים שלא במסגרת כתב שירות.
 - 3.5 המציע הגיש את תנאי "הצעת המציע" על נספחיהם וצרופותיהם כשהם חתומים כנדרש בהזמנה זו.

4 הגשת הצעה

- 4.1 המציע מתבקש למלא את הפרטים הנדרשים במסמכי מכרז זה. המציע נדרש לחתום על כל אחד ואחד מעמודי מסמכי המכרז על נספחיהם וצרופותיהם. אי מילוי פרט מהפרטים הנדרשים, ו/או אי חתימה על המסמכים, עלולים לגרום לפסילת הצעה, זאת על פי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט של המזמין.
- 4.2 למען הסר ספק מובהר בזה כי כל השמטה, מחיקה, שינוי או תוספת, שייעשו באחד ממסמכי ההזמנה, או כל הסתייגות, בין ע"י תוספת או בכל דרך אחרת, לא יהיו בני תוקף, ועלולים לגרום לפסילת הצעה, זאת על פי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט של המזמין. למרות האמור, יובהר כי המציע הזוכה יהיה רשאי לבצע שינויים בתנאי הפוליסה ולהתאימם לתקנות והוראות המפקח. כמו כן יותאמו תנאי ההסכם בהתאם לזהות המציע הזוכה.

- 4.3 המציע ימלא את הצעת המחיר במקום המיועד לכך בנספח "הצעת המציע" המסומן כמסמך ב'. למען הסדר הטוב יודגש כי המציעים מתבקשים להציע מחיר לביטוח לפיו הכיסוי לניתוחים הינו מהשקל הראשון, וביטוח לפיו הכיסוי לביטוח ניתוחים הינו במסלול "משלים שב"ן".
- 4.4 על כל מציע להגיש הצעה אחת בלבד. ועדת המכרזים שומרת לעצמה את הזכות לפסול את הצעותיו של מציע אשר יגיש יותר מהצעה אחת במכרז.
- 4.5 על המציע לאשר בחתימתו כי קרא את תנאי ההזמנה, ההסכם והנספחים המצורפים להזמנה, הבינים והסכים לאמור בהם. על המציע לאשר את הצעתו בחתימתו ובחותמתו.
- 4.6 את ההצעות יש להגיש במסירה ידנית לתיבת המכרזים של המכרז האמור, במשרדי המכון, ברחוב גולומב 52 חולון בניין 1 ליד עמדת השומר, במועד הנקוב בסעיף 12 לעיל.
- 4.7 ההצעה, בצירוף יתר מסמכי המכרז החתומים על-ידי המציע, תוגש בתוך מעטפה סגורה, שעליה יצוין – "מכרז מס' 001/2021".
- 4.8 משלוח המעטפה בדואר או הגשתה בכל דרך אחרת שאינה הכנסת המעטפה לתיבת המכרזים במועד, אינם עונים על דרישות המכרז. מציע אשר מעטפתו לא תימצא, מכל סיבה שהיא, בתיבת המכרזים בעת פתיחתה, לא תימנה בין ההצעות המשתתפות במכרז.
- 4.9 המכון רשאי להאריך את המועד להגשת הצעות בהודעה בכתב למציעים.
- 4.10 המכון רשאי לפסול על הסף הצעה שלא תוגש במועד כאמור או שתוגש שלא בהתאם לתנאי מכרז זה, או לקבל אותה למרות הפגמים שנפלו בה, הכול לפי שיקול דעתו.
- 4.11 בהגשת הצעתו מביע המציע הסכמתו לכל תנאי המכרז ולכל האמור במסמכי המכרז, ובכלל זאת לכל תנאי ההסכם.

הגשת שאלות והבהרות מאת המציע

5

- 5.1 ניתן להגיש שאלות הבהרה אך ורק לכתובת המייל הבאה: evgeny@hit.ac.il עד ליום המפורט בלו"ז המכרז
- 5.2 יש לבקש אישור בדוא"ל על הגעת שאלת ההבהרה ליעדה. באחריות המציע לבדוק כי פנייתו התקבלה. המכון אינו מתחייב לענות לפניות שיומצאו אליו לאחר התאריך הנ"ל.
- 5.3 על המציע הפונה בשאלת הבהרה לציין את מספר המכרז, שמו של המציע ופרטי הקשר עמו. את שאלות ההבהרה יש להעביר בפורמט של קובץ EXCEL או טבלת WORD בלבד, בקבצים פתוחים הניתנים לעריכה, כולל עמודה בה מצוין המסמך והסעיף אליהם מתייחסת השאלה ועמודה בה מפורט תוכן השאלה או ההבהרה המתבקשת ובהתאם לפורמט שלהלן:

מס"ד	מסמך	פרק	עמוד	מס' הסעיף	פירוט השאלה או ההבהרה
	ההזמנה / ההסכם / נספח X				

- 5.4 המכון אינו מתחייב לענות על שאלות שיופנו אליו, והוא רשאי לענות על חלק מהשאלות או לענות באופן חלקי על שאלות ספציפיות.
- 5.5 המכון יפרסם תשובות לשאלות הבהרה הרלוונטיות לכלל המציעים, באתר האינטרנט של המכון, שכתובתו: <http://www.hit.ac.il> והם יהיו חלק ממסמכי המכרז.

- 5.6 כל הבהרה ו/או שינוי ו/או תיקון ו/או עדכון ו/או תוספת אשר ייערכו ע"י המכון בקשר עם המכרז, מיוזמתו או כמענה לשאלות משתתפים במכרז, יפורסמו באתר האינטרנט של המכון ולמזיע לא תהא כל טענה כלפי המכון בעניין אי קבלת המידע. כל שינוי או תוספת למכרז, לפני המועד האחרון להגשת הצעות, בין ביוזמת המכון ובין בעקבות שאלות הבהרה של מציעים, ייעשה ע"י המכון, לפי שיקול דעתו, ויחייב את המציעים.
- 5.7 המכון שומר לעצמו את הזכות להוציא תיקונים והבהרות מטעמו למסמכי המכרז גם לאחר פרסום התשובות לשאלות הבהרה, בין מיוזמתו ובין אם כמענה לפניות מהמציעים הפוטנציאליים.
- 5.8 מובהר כי העברת שאלות ומתן או אי מתן תשובות איננו דוחה את המועד האחרון להגשת הצעות. המכון שומר לעצמו את הזכות להימנע מלהשיב לגופה של השגה אם ימצא כי מתן מענה להשגה עלול לסכל או לפגוע בהליך המכרז או בתכליתו, ו/או באם ועדת המכרזים תחליט כי השאלות אינן רלבנטיות לגוף המכרז.
- 5.9 המציע יחתום על כל מסמך הבהרות שיופץ למציעים ויצרף להצעתו. בחתימה זו מצהיר המציע כי קרא את כל עמודי המסמך, והבין את האמור בהם.
- 5.10 על המציע לצרף את דף ההבהרות חתום על ידו למסמכי המכרז.
- 5.11 אם למציע יש הערות ו/או הסתייגויות לגבי מסמכי המכרז, יש להעבירן בשלב שאלות הבהרה. לא תתקבל הצעה עם הערות/הסתייגויות ו/או מחיקות על גבי מסמכים, לרבות אישור עריכת הביטוחים, אשר לא אושרו מראש בתשובתה של המכון.
- 5.12 המציע יקרא בעיון ויבדוק את מסמכי המכרז לרבות את החוזה, וינקוט בכל האמצעים הנראים לו בכדי לחקור את תנאי ההתקשרות עם המכון.
- 5.13 מציע אשר לא יפנה כאמור בסעיף זה יהיה מנוע מלטעון נגד סעיפי המכרז בהמשך.
- 5.14 המכון אינו נושא בכל אחריות לפירושים ו/או הסברים שיינתנו בעל פה למציעים על ידי איש מעובדי המכון או יועציו, ואלה לא יחייבו אותו.
- 5.15 אם המציע מצא סתירות ו/או אי התאמות במסמכי המכרז ו/או ספקות לגבי המובן המדויק של תנאי מתנאי המכרז, עליו להודיע על כך בכתב למכון עד למועד המופיע בלו"ז המכרז
- 5.16 למען הסר ספק, מובהר כי חל איסור מוחלט על מציעים פוטנציאליים ו/או על מציעים לפנות אל כל גורם אחר ו/או נוסף אצל המכון בקשר עם המכרז, למעט פנייה דרך כתובת הדוא"ל לעיל.

6. דרישה למידע נוסף או הבהרות

- 6.1 המזמין רשאי לבקש מכל מציע בכל שלב של המכרז, הבהרות בכתב להצעה. ההבהרות יהיו חלק בלתי נפרד מההצעה.
- 6.2 המזמין רשאי לבקש מכל מציע בכל שלב של המכרז כל מידע נוסף אם יש בו לדעת ועדת המכרזים כדי לסייע לה בקבלת החלטות. כן ניתן יהיה לפנות למציעים בבקשה להשלמת מסמכים, ובלבד שלא יהיה בכך כדי לאפשר למציע לשנות את הצעתו או להעניק לו יתרון בלתי הוגן על מציעים אחרים.

- 6.3. המזמין רשאי להורות על תיקון פגם שנפל בהצעה או להבליג על הפגם, אם מצא כי אין בכך כדי לפגוע בשוויון בין המציעים, או כי החלטה זו משרתת באופן המרבי את טובת המכון ואת תכליתו של המכרז.
- 6.4. המכון שומר לעצמו את הזכות להוציא תיקונים והבהרות מטעמו למסמכי המכרז, גם לאחר פרסום התשובות לשאלות ההבהרה, בין מיוזמתו ובין אם כמענה לפניית מהמציעים הפוטנציאליים.

7. תנאי ההזמנה

- 7.1. המסמכים המחייבים לעניין הזמנה זו ולעניין הסדר הביטוח עם המציע הזוכה כוללים את כל המסמכים והנספחים המצוינים לעיל ברשימת המסמכים להזמנה להציע הצעות.
- 7.2. ההזמנה להציע הצעות מהווה מכרז, ויחולו בגינה דיני חובת המכרזים החלות על מוסדות להשכלה גבוהה.
- 7.3. אין המכון מתחייב לקבל את ההצעה שתזכה לציון הגבוה ביותר, או כל הצעה שהיא.
- 7.4. המכון יהיה רשאי בכל עת לפנות למציעים נוספים להגשת הצעות או לפרסם מכרז חדש במקום מכרז זה, בכל שלב כפי שיראה לנכון. כמו כן המזמין שומר לעצמו את הזכות לצאת בהזמנה חוזרת לקבלת הצעות, או לוותר על ביצוע תוכנית הביטוח בחלקה או במלואה, או להתקשר לביצוע חלק מתוכנית הביטוח, הכול על פי שיקול דעתו הבלעדי של המזמין, ומבלי שתהא למציע כל זכות ו/או רשות לערער על שיקולי המזמין ו/או לטעון כנגדם. כל מציע שיחליט להגיש הצעה יראו אותו כמסכים מראש להחלטת המזמין בדבר קבלת הצעה כלשהי או דחייתה. בכל מקרה, המציעים, והם בלבד, יישאו בהוצאותיהם בקשר למכרז.
- 7.5. המכון שומר לעצמו את הזכות לערוך בכל עת שינויים או תיקונים במכרז זה ובנספחיו, לרבות בכל תנאי מתנאיו ובמועד הגשת הצעות. השינוי ו/או התיקון ייערך בכתב ויופץ באתר האינטרנט של המכון. באחריות המציעים לבדוק מפעם לפעם אם חלו שינויים במסמכי המכרז.
- 7.6. הצעת המציע תהיה תקפה החל ממועד הגשת הצעתו ולמשך 6 חודשים לפחות מהיום האחרון שנקבע להגשת הצעות.
- 7.7. אם בתוך 6 חודשים מיום הגשת ההצעה, לא התממשה מסיבה כלשהי ההתקשרות עם המציע שהצעתו זכתה, רשאי המכון להתקשר עם המציע שהצעתו דורגה הבאה אחריו על פי תוצאות המכרז, בכפוף להסכמתו להתקשרות לפי הצעתו במכרז, ו/או לבטל הזמנה זו, והכול בהתאם לשיקול דעתו הבלעדי.
- 7.8. התחייבות המכון כלפי הזוכה תיווצר רק עם חתימת הסכם פורמלי על ידי מורשי חתימה מטעם המכון.
- 7.9. המזמין ו/או מי מטעמו לא יישאו בכל אחריות להוצאה ו/או נזק שייגרמו למציע בקשר עם הצעתו במסגרת ו/או בקשר להזמנה זו, ובפרט בשל אי קבלת הצעתו ו/או ביטול ההזמנה ו/או עריכתה מחדש ו/או כל סיבה אחרת הקשורה להצעה. בכל מקרה, המציע לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו או להחזר הוצאות כלשהו בקשר להשתתפותו בהזמנה זו, לרבות במקרה של ביטול ההזמנה כולה או חלקה.

- 7.10. המציע הזוכה פוטר את המזמין מאחריות כלפי כל מבוטח בכל הנוגע לביטוח נשוא הזמנה זו, ולא תהיה למבוטח זכות חזרה למזמין.
- 7.11. המציע מתחייב כי אם יחזור בו מהצעתו זו ו/או יסרב לממש זכייה ו/או לא יקיים את תנאי ההזמנה בכל דרך אחרת, ישלם למזמין פיצוי מוסכם של 15,000 ₪, ללא צורך בהוכחת נזק ומבלי לגרוע מכל זכויותיו של המזמין עפ"י כל דין והסכם זה. המציע מאשר כי הפיצוי המוסכם לעיל הינו לאחר הערכה שקולה של הנזקים שעלולים להיגרם למזמין בקשר עם האמור לעיל, וכי הוא סביר בנסיבות העניין.
- 7.12. כל מסמך ו/או אמירה מכל סוג שהוא שנמסרו למציע (אם נמסרו) לפני קבלתם של המסמכים המצ"ב, בטלים. רק האמור בהזמנה זו במסמכים ובנספחים יחייב את המזמין.
- 7.13. בעצם הגשת ההצעה מצהיר המציע כי בדק את כל הדרוש לשם הגשת הצעה מלאה ושלמה, וכי לא הסתמך על מצג כלשהו של המזמין מלבד האמור במפורש בהזמנה זו. בנוסף על האמור לעיל, בהגשת הצעתו יראה המציע כמי שכל העובדות והנסיבות ידועות ונהירות לו, וכמי שערך כל בדיקה שהייתה נחוצה לשם הכנת ההצעה והגשתה, ולא תשמע מצידו של המציע כל טענה בדבר טעות ו/או הטעיה ו/או אי ידיעה של פרט כלשהו לגבי כל עניין הקשור בהצעה ו/או המופיע בה ו/או שאינו מופיע בה.
- 7.14. המכוון יהיה רשאי שלא לבחור בהצעה שקיבלה את הציון הגבוה ביותר כאמור, בין היתר אם מצא את ההצעה בלתי סבירה באופן המעורר חשש בדבר יכולתו של המציע לעמוד בהתחייבויותיו, וזאת לאחר שניתנה למציע הזדמנות להציג את עמדתו ולהסבירה.
- 7.15. המכוון רשאי, אם הוא סבור כי קיימים טעמים מיוחדים המצדיקים זאת, להכשיר הצעה אף אם אינה עונה על דרישות פורמאליות או טכניות מסוימות.

8. הצעה מסויגת או מותנית

- 8.1 מציע לא יסייג את הצעתו או יתנה אותה באופן שאינו עולה בקנה אחד עם דרישות המכרז. המכוון יהיה רשאי לפסול הצעה מסויגת או מותנית או להתעלם מהסייג או מהתנאי, אם אינו מהותי או מטעמים אחרים שיירשמו.
- 8.2 מציע הסבור כי דרישות המכרז ראויות להתניה או להסתייגות, רשאי להעלות את השגותיו או הערותיו במסגרת הליך ההבהרות.

9. הצעה תכסיסנית

הצעה תכסיסנית, הפסדית או שהוגשה בחוסר תום לב – תיפסל.

10. ביטול

המכוון יהיה רשאי, בכל שלב של המכרז, לבטל את המכרז. המציעים מוותרים בזאת על סעד של אכיפה או פיצויים חיוביים בשל ביטול המכרז.

11. זירוג ההצעות לצורך בחירת ההצעה הזוכה

11.1. בבחירת ההצעה הזוכה ייערך דירוג ההצעות על פי ניקוד שיינתן בהתאם למרכיבי ההצעה והמשקלים כמפורט להלן :

משקל המרכיב מתוך סך הניקוד הכולל*	מרכיב ההצעה
100%	מחיר

11.2. לעניין קביעת הצעת המחיר המיטבית ישוקללו עליות הביטוח לפי אוכלוסיות ו קבוצות גיל כדלקמן :

גיל המבוטחים (j)					רובד הביטוח (i)	משקלות (W)
66 ומעלה	גיל 61-65	גיל 41-60	גיל 21-40	גיל 20		
10%	10%	10%	10%	10%	רובד בסיס-פרקים ד' ח'	50%
					רובד רשות ראשון- הכולל ניתוחים מהשקל הראשון פרקים ט' י"א	30%
6%	6%	6%	6%	6%	רובד רשות שני- פרקים י"ב- ט"ז.	20%
4%	4%	4%	4%	4%		

הפרמיות שיוגשו יוכפלו במשקלות הקבועים בטבלה לפי העניין, התוצאה שתקבל מסך הפרמיות המשוקללות תבחן מול ההצעות של המציעים האחרים. לצורך הבהרה מתוארת פעולת החישוב לצורך קביעת הצעת המחיר הזוכה :

$$P = \sum_{i,j} P(i,j) * W(i,j)$$

כאשר :

P (המציע) – שקלול הצעת המחיר של המציע

P(i,j) – מחיר המציע עבור רובד (i) לקבוצת גיל (j)

W(i,j) – משקל לקבוצת גיל (i) עבור רובד (j).

ההצעה הכספית עם הפרמיה החודשית המשוקללת הנמוכה ביותר, תקבל את ציון המחיר המקסימלי (100 נקודות), ושאר ההצעות הכספיות יקבלו ציון מחיר יחסי, ביחס לאותה ההצעה הכספית הנמוכה ביותר.

לצורך הבהרה, מתוארת פעולת הנרמול להלן בצורת נוסחה :

$$\text{מחיר ציון} = \frac{P_{\min}}{P_{\text{מציע}}} \times 100$$

כאשר: P_{\min} הצעת המחיר המשוקללת הזולה ביותר.
 P (המציע) – שקלול הצעת המחיר של המציע

12. לוחות זמנים

המועד	הנושא
19.7.21	קבלת שאלות והבהרות
ב- 15.8.21 עד השעה 15:00	הגשת הצעת המציע
1.10.21	תחילת הביטוח

12.1. למזמין, ולו בלבד, הזכות הבלעדית לשנות את מועדי הגשת המסמכים, וכמו כן לשנות את מועד החלת הסכם הביטוח, בהתאם לאישור הממונה על הביטוח.

13. הודעה למציע הזוכה

- 13.1. הזוכה יפנה לקבל את אישור הממונה על הביטוח במשרד האוצר (להלן: "הממונה") אם הוא חייב לעשות כן, בתוך 7 ימי העסקים ממועד ההודעה על זכייתו.
- 13.2. על הזוכה לפעול בכל האמצעים העומדים לרשותו לקבל אישורו של הממונה לפוליסה זו מהר ככל שאפשר.

14. עיון במסמכי המכרז ובהצעה הזוכה

- 14.1. ועדת המכרזים תאפשר למציע שלא זכה במכרז לעיין בפרוטוקול ועדת המכרזים ובמסמכי ההצעה הזוכה בהתאם לתקנה 38(ו) לתקנות חובת המכרזים (התקשרויות של מוסד להשכלה גבוהה), תש"ע-2010, וההלכה הפסוקה. העיון יהיה תמורת תשלום של 600 ₪ שיועבר למכון בצ'ק בנקאי.
- 14.2. מציע הסבור כי חלקים מהצעתו כוללים סודות מסחריים או עסקיים (להלן: "חלקים סודיים"), שלדעתו אין לאפשר את העיון בהם למציעים אחרים לאחר סיום המכרז, יציין במפורש בטופס ההצעה מהם החלקים הסודיים ויסמן אותם באופן ברור בטופס ההצעה.
- 14.3. מציע שלא סימן חלקים בטופס ההצעה כסודיים יראוהו כמי שמסכים למסירת ההצעה לעיון מציעים אחרים, אם יוכרז כזוכה במכרז.
- 14.4. סימון חלקים בהצעה כסודיים מהווה הודאה בכך שחלקים אלה בהצעה סודיים גם בהצעותיהם של המציעים האחרים, ומכאן שהמציע מוותר מראש על זכות העיון בחלקים אלה של הצעות המציעים האחרים.
- 14.5. יודגש כי שיקול הדעת בדבר היקף זכות העיון של המציעים הינו של ועדת המכרזים בלבד, אשר תפעל על פי דין. החליטה ועדת המכרזים לאפשר עיון בחלקים המפורטים בהצעה שבעל ההצעה

הגדירים כסודיים, תיתן על כך ועדת המכרזים התראה לבעל ההצעה, ותאפשר לו להשיג על כך בפניה בתוך פרק זמן ההולם את נסיבות העניין. החליטה ועדת המכרזים לדחות את ההשגה, תודיע על כך לבעל ההצעה בטרם מסירת החומר לעיונו של המבקש.

14.6 יודגש כי הצעת המחיר וניסיונו של המציע, למעט פרטי לקוחות, לא יהוה סוד מסחרי או סוד עסקי. שמות לקוחות ופרטיהם יהוו סוד מסחרי אם המציע יסמנם בהתאם. מציע שבחר להשתתף במכרז מביע בכך את הסכמתו לאמור בסעיף זה.

15. קניין המכון במסמכים

מסמכי המכרז הם רכושו של המכון ואין לעשות בהם שימוש אלא לצורך הגשת ההצעות.

16. היררכיה בין מסמכים, פרשנות

- 16.1 הסכם הביטוח המצורף למכרז, על נספחיו, מהווה חלק בלתי נפרד ממסמכי המכרז.
- 16.2 למען הסר ספק, בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות בין מסמכי ההזמנה או בהם, מתחייב המציע להודיע למזמין, והמזמין ייקבע את הפרשנות המחייבת בגינה. למציע לא תהיה כל טענה ו/או תביעה הנובעת מאי בהירות ו/או סתירה במסמכי ההזמנה עליה לא הודיע בכתב למזמין, ו/או בגין הפרשנות שקבע המזמין.
- 16.3 בכל מקרה של סתירה שאינה ניתנת ליישוב בין נוסח המכרז לבין נוסח ההסכם, יגבר נוסח המיטיב עם המכון או המבוטחים, לפי העניין.
- 16.4 ביטויים המופיעים בלשון יחיד משמעם גם בלשון רבים ולהיפך; ביטויים המופיעים בלשון זכר משמעם גם בלשון נקבה ולהיפך.
- 16.5 כותרות הסעיפים במכרז זו ובנספחיו הן למטרות נוחות ולא ישמשו לצרכי פרשנות.

17. סודיות

- 17.1 המציע מתחייב לשמור על סודיות כל מידע שימסור לו המזמין ו/או מי מטעמו בקשר להזמנה זו, לרבות מידע המופיע במסמכי הזמנה זו, למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי דין.
- 17.2 לשם מילוי התחייבויותיו על פי סעיף זה, מתחייב המציע לדאוג לשמירת סודיות כאמור גם מצד עובדיו, קבלני משנה שלו וכל מי מטעמו הפועלים במתן השירותים מכוח מכרז זה.
- 17.3 המציע מתחייב לציית לכל הוראות המזמין בנוגע לשמירת הסודיות, ובכפוף להוראות כל דין.
- 17.4 כל מסמכי ההזמנה הינם רכוש המזמין, ואין המציע רשאי להעתיק מסמכים אלו ו/או להשתמש בהם לכל מטרה אחרת.

הדין וסמכויות השיפוט

הדין החל על הזמנה זו הנו דין מדינת ישראל, וסמכות השיפוט הייחודית והבלעדית בתובענה שעילתה במכרז זה נתונה אך ורק לבתי המשפט המוסמכים לכך בעיר תל-אביב-יפו בלבד (והצדדים שוללים במפורש את סמכותם המקומית של בתי משפט אחרים ברחבי הארץ).

המזמין

ע"י מורשי החתימה מטעמו

המציע

ע"י מורשי החתימה מטעמו

מסמך א (1)

טבלת התפלגות גילאים (יצורף בקובץ אקסל)

הצעת המציע

לכבוד

מכון טכנולוגי חולון

במסירה במייל

א.ג.נ.,

הנדון: הצעה לביטוח בריאות

1. קראנו והבנו את כל האמור במסמכי ההזמנה והחוזה על נספחיהם (לרבות הסכם ההתקשרות על נספחיו). ברורים לנו תנאיהם, לרבות כל ההשלכות של ביצוע הביטוח נשוא ההזמנה, והגשנו את הצעתנו בהתאם. אנו מסכימים לכלל האמור במסמכי ההזמנה, ולא נציג כל תביעות ו/או דרישות המבוססות על אי הבנה ו/או אי ידיעה, ואנו מוותרים מראש על כל טענה כאמור.
2. הצעתנו עומדת בכל הדרישות והתנאים הנדרשים ממציעי ההצעות על פי תנאי ההזמנה והביטוח החדש, ואנו מקבלים על עצמנו את ביצוע הסכם הביטוח בהתאם לתנאיו.
3. הצעתנו זו מוגשת ללא כל קשר או תיאום עם משתתפים אחרים.
4. הצעתנו זו הינה בלתי חוזרת ואינה ניתנת לביטול, והיא תקפה למשך 60 יום מהמועד האחרון שנקבע להגשת ההצעות. אנו מסכימים כי תהיו זכאים, אך לא חייבים, לראות בהצעתנו זו ובקיבולה על ידכם הסכם מחייב בינינו לבינכם.
5. ידוע לנו כי הצטרפות המבוטחים לכל אחד מהביטוחים המוצעים נשוא ההזמנה הינה וולנטרית (וכך גם אפשרותם להפסיק את הביטוח עבורם), ולאור האמור ידוע לנו ואנו מסכימים כי אין כל ודאות באשר למספר המבוטחים שיצטרפו בפועל לביטוח זה.
6. אם נחזור בנו מהצעתנו זו ו/או נסרב לממש זכייה ו/או לא נקיים את תנאי ההזמנה בכל דרך אחרת, אנו מתחייבים לשלם לכם, ללא צורך בהוכחת נזק ומבלי לגרוע מכל זכויותיכם עפ"י כל דין והסכם זה, פיצוי מוסכם של 15,000 ₪. אנו מאשרים כי הפיצוי המוסכם הינו לאחר הערכה שקולה של הנזקים שעלולים להיגרם לכם בקשר עם האמור לעיל וכי הוא סביר בנסיבות העניין.

7. להלן הצעתנו הכספית (פרמיות חודשיות בש"ח) עבור כל מבוטח, בעבור ביצוע חוזה הביטוח:

גיל המבוטח	עלות ביטוח רובד בסיסי הכולל פרקים: ד'ח'	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח מורחב: פרקים ט', י', י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית פרקים ט(1), י, י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות אמבולטורי, פרק י"ב
ילד עד גיל 20				
21-40				
41-60				
61-65				
66+				

הננו מתחייבים כי המחיר לכל מבוטח בהצעתנו הינו קבוע וסופי, לא ישתנה מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט בתנאי הפוליסה), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות שירותי היעוץ, עלות הוצאות צירוף מבוטחים, עלות קרן הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה ושליחה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.

8. הצעתנו זו תקפה בהתייחס לכל היקף של מבוטחים שנבטח בפועל, על פי תנאי ההסדר המפורטים בהזמנה ובחוזו. ידוע לנו כי אין באמור לעיל כדי לחייב את המזמין ביחס למספר המבוטחים שיופנו למציע, אם בכלל.

9. אנו מצרפים להצעתנו זו את המסמכים והאישורים הבאים:

- מסמכי ההזמנה על נספחיהם (חתומים בשולי כל עמוד), לרבות ומבלי לגרוע הסכם ההתקשרות.
- אישור עו"ד על זכויות החתימה במציע.
- מצ"ב רשימת הארגונים הכוללת את מספר שנות ניסיון עבודת המציע איתם, וגודל הקולקטיב – לקוחות המונים מעל 1,000 מבוטחים כל אחת המבוטחים בהסדרי ביטוח הכוללים היקף כיסויים הדומה לביטוח המבוקש, עימם נמצא המציע בקשרי עבודה לתקופה העולה על 5 שנים, ומספר המבוטחים בכל ארגון, בציון איש קשר ודרך התקשרות עימו.

שם הארגון	תקופת ניסיון עבודה עם הארגון	מספר מבוטחים	שם איש קשר ותפקיד	מספר טלפון של איש הקשר

10. פרטי המציע הם :

שם החברה : _____ מספר עוסק מורשה/חברה _____

כתובת : עיר _____ רח' _____ מס' בית _____

שם המורשה בשם המציע : _____ טלפון : _____ דוא"ל _____

חתימת המורשה להתחייב בשם המציע

חותמת המציע

מסמך ג'

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

שנערך ונחתם בתל אביב ביום ____ בחודש _____ 2021
בין

_____ מרחוב

להלן: "בעל הפוליסה, הארגון"

מצד אחד;

ובין:

_____ חברה לביטוח בע"מ

_____ מרחוב

(להלן: "המבטח" או "החברה")

מצד אחד;

והואיל ובעל הפוליסה מעוניין לערוך הסדר לביטוח בריאות קבוצתי לעובדיו/חבריו ובני משפחותיהם על פי התנאים שנקבעו בהסכם זה ובפוליסה המסומנת כנספח א' להסכם זה, והמהווה חלק בלתי נפרד ממנו (להלן "הפוליסה");

והואיל והמבטח הסכים לבטח את עובדיו/חבריו בעל הפוליסה ובני משפחתם (להלן ביחד: "המבוטחים").
והואיל והצדדים רוצים להסדיר את היחסים המשפטיים ביניהם בקשר עם מתן שירותי הביטוח כמפורט בהסכם זה להלן.

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא והגדרות

- 1.1 הגדרת המונחים המופיעים בהסכם זה תהיה זהה להגדרתם בפרק א' בפוליסה.
- 1.2 המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד ממנו.
- 1.3 כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד, והן לא תשמשנה לצורכי פרשנות.
- 1.4 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות ההסכם לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבוטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עימו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות וייחוסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החבוינות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות ההסכם על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין, ולא כבאות לגרוע מהן.

2. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה והמבטח

2.1. הצהרות והתחייבות המבטח

- 2.1.1. המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידיו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים ע"י כל גוף שלטוני ועפ"י כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, כי ימלא אחר הוראות כל היתר ו/או רישיון ו/או כל דין בקשר עם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, וכי יפעל, בעצמו ועל חשבונו, להשגת כל אישור, היתר או רישיון חדש, ככל שיידרשו בקשר עם מתן שירותי הביטוח, ולשמירת אלו הקיימים בידיו כאמור בתוקף מלא לכל אורך תקופת ההסכם.
- 2.1.2. המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועפ"י כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח עפ"י הוראות הסכם זה ועפ"י כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם זה, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שישארו ברשותו, לכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.
- 2.1.3. המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם זה, במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם זה בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.
- 2.1.4. המבטח מצהיר כי ידוע לו שבעל הפוליסה אינו מתחייב לכך שיצטרפו להסדר הביטוח ו/או לרובדי הביטוח השונים, מספר מינימלי של מבוטחים, אם בכלל, והמבטח מתחייב שלא להעלות כנגד בעל הפוליסה כל טענה בנוגע למספר המבוטחים שיבחרו להצטרף בפועל לביטוח. המבטח אף מתחייב להעניק את שירותי הביטוח ללא קשר למספר המבוטחים שיצטרפו להסדר הביטוח בפועל.
- 2.1.5. המבטח מצהיר כי ידוע לו כי ההתקשרות אגב הסכם זה לא בוצעה בתיווך, במישרין או עקיפין, באמצעות סוכן ביטוח, וכי המבטח מנוע למנות סוכן ביטוח בקשר להסכם, אלא באישור בכתב ומראש של בעל הפוליסה.

2.2. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

- 2.2.1. בעל הפוליסה מצהיר כי הוא השלוח של המבוטחים לעניין הסכם ופוליסה זו, ורשאי עבור ובשם המבוטחים, לנהל משא ומתן, לכרות את הפוליסה, לשנותה מזמן לזמן, ולייצגם אצל המבטח בכל עניין הנוגע ו/או הנובע מהפוליסה.
- 2.2.2. אין כל מניעה ו/או הגבלה להתקשרות בהסכם זה.
- 2.2.3. למסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל הפוליסה, הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו, ולא תהיה לו, כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
- 2.2.4. למסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, כפי שיתבקש ממנו, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תנאי ההסכם והפוליסה.
- 2.2.5. לא להתקשר או להיות מעורב, במישרין או עקיפין, במהלך תקופת תוקפו של הסכם זה, עם מבטח או גורם אחר לשם רכישת כיסויי ביטוח הכלולים בפוליסה.

2.2.6. לשתף פעולה ולסייע למבטח כמיטב יכולתו בהבאת מידע למבוטחים לשם הצטרפותם לפוליסה.

3. היקף הביטוח

הסדר הביטוח כולל את כל התנאים המופיעים בפוליסה הקבוצתית המצורפת להסכם זה, והמסומנת **נספח א'** להסכם זה (להלן "**הפוליסה**").

נספח ב' - הצהרת בריאות, שתהיה תקפה אך ורק למבוטחים החייבים למלא הצהרת בריאות בכפוף לתנאי ההצטרפות אשר בפוליסה.

נספח ג' - פרוטוקול חיתום רפואי, שיחייב את המבטח לצורך בחינת תנאי ההצטרפות למבוטחים החייבים במילוי הצהרת בריאות.

נספח ד' - דוחות תקופתיים – שעל המבטח להגיש לבעל הפוליסה או ליועץ הביטוח לצורך ניהול ובקרה על ניהול מערך השירות והתביעות, המצורפים להסכם זה, וכל נספח אחר אשר ייערך בכתב בחתימת שני הצדדים, ויצורף להסכם זה.

כל הנספחים מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם זה (להלן ביחד "**הביטוח**" או "**הסדר הביטוח**").

4. הצטרפות לביטוח ותשלום הפרמיה

4.1 אופן ההצטרפות יהיה בכפוף לאמור בסעיף 3 אשר בפרק ג' בתנאי הפוליסה

4.2 דמי הביטוח עבור הרובד הבסיסי עבור העובדים בתקן בלבד ייגבו ע"י בעל הפוליסה ויועברו במרוכז למבטח, עד ה-15 באותו חודש.

4.3 דמי הביטוח עבור רובדי הרשות, או הרחבות ככל שיהיו כאלה בעתיד, יגבו באמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי, הוראת קבע), וישולמו ישירות ע"י המבוטח לחברת הביטוח. בעל הפוליסה אינו אחראי על תשלומים אלו.

5. תקופת ההסכם

5.1 הסכם זה נכנס לתוקפו ב- _____ ויסתיים ב- _____

5.2 על אף האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 90 יום מראש, זאת מבלי צורך לנמק, ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח, ובתנאי שנערך ביטוח חלופי לקבוצת המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח, אצל מבטח אחר.

5.3 למען הסר ספק, מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח למבוטחים בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין. לדוגמה ומבלי לגרוע מכלליות האמור: המשך תשלומי גמלאות, או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו, או אפשרות רכישת פוליסת המשך.

5.4 בתום תקופת ההסכם תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להמשיך את תקופת ההסכם לתקופות נוספות, בתנאים אשר יסוכמו בין הצדדים. אם חודש ההסכם לתקופות ביטוח נוספות בהסכמת הצדדים, מכסות הטיפולים, וזכאות המבוטחים לתגמולי ביטוח, יקומו מחדש, והמבוטחים שהיו כלולים

בביטוח עפ"י הסכם זה לפני מועד החידוש, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא כהגדרתו בסעיף 1.55 אשר בפרק א' בפוליסה, ובכפוף לכללים הקבועים בסעיפים 5.4 ו- 6.2 שבפרק ג' - תנאים כלליים בפוליסה.

5.5 מבלי לגרוע מהאמור בס' 5.4 לעיל, בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע למבטח, באמצעות הודעה מוקדמת בכתב שתימסר למבטח עד 60 ימים מראש, על פי שיקול דעתו הבלעדי, על הארכת הסכם הביטוח ב- 3 חודשים נוספים לכלל המבוטחים באותם התנאים, לצורך השלמת מו"מ עם המבטח על תקופת ביטוח נוספת, או לצורך השלמת הליך תחרותי לבחירת מבטח חדש ("תקופת הארכה"). במקרה כזה, מכסות הטיפול, וזכאות המבוטחים לתגמולי ביטוח, יקומו מחדש.

6. דמי הביטוח (פרמיה) לתשלום

גיל המבוטח	עלות ביטוח רובד בסיסי הכולל פרקים: ד' - ח'	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח מורחב: פרקים ט', י', י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית פרקים ט(1), י, י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות אמבולטורי, פרק י"ב
ילד עד גיל 20				
21-40				
41-60				
61-65				
66+				

6.1 דמי הביטוח צמודים למדד _____, הידוע ביום תחילת הסכם הביטוח.

6.2 דמי הביטוח לכל מבוטח כמפורט לעיל הם קבועים וסופיים, לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או התאמת פרמיה כמפורט בסעיף 7 להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות שירותי היעוץ, עלות הוצאות צירוף מבוטחים, עלות קרן הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה ושליחה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.

6.3 יובהר כי השתתפות בעל הפוליסה בגין הרובד הבסיסי עבור עובד הזכאי לכך תהיה קבועה לכל מבוטח. אם בעל הפוליסה יישא במלוא עלות הביטוח על פי רובד הבסיסי, סך ההשתתפות עבור כל אחד מהמבוטחים הזכאים לכך, יחושב כממוצע משוקלל של עלות הביטוח ומספר המבוטחים בכל קבוצת גיל במועד תחילת ההסכם, בהתאם לדו"ח התפלגות הגילאים המצ"ב במסמכי ההזמנה להציע הצעות. להבהרת העניין להלן דוגמה מספרית:

כמות מבוטחים במועד תחילת ההסכם, בקבוצת גיל עד 40 : 10 מבוטחים, עלות הביטוח החודשית לכל מבוטח 40 ₪.

כמות מבוטחים במועד תחילת ההסכם, בקבוצת גיל 41-60 : 50 מבוטחים, עלות הביטוח החודשית לכל מבוטח בקבוצת גיל זו 50 ₪.

חישוב השתתפות בעל הפוליסה לכל עובד- מבוטח הזכאי לכך, לרבות לגבי עובדים חדשים שיצטרפו לאחר תחילת ההסכם :

$$48.33 = (50 * 50 + 40 * 10) / 60$$

₪ לכל מבוטח.

6.4 יובהר כי עלות הביטוח עבור רובד הבסיס כוללת את עלות שכר טרחת היועץ כמפורט בסעיף 8 להלן.

6.5 אם בעל הפוליסה ימנה סוכן ביטוח תתווסף לפרמיה עלות הסוכן.

7. התאמת הפרמיה

בתום התקופות המצויינות להלן, ייערך חישוב לצורך עדכון הפרמיה אשר תהיה תקפה עד למועד החישוב הבא.

חישוב התאמת הפרמיה ייערך לגבי רובדי הרשות בלבד. החישוב ייערך לגבי כל רובד רשות בנפרד. יובהר כי דמי הביטוח עבור הרובד הבסיסי יהיו קבועים (למעט הצמדה למדד) לכל תקופת הביטוח :

7.1 החישובים ייערכו על פי הכללים המפורטים להלן :

7.1.1 החישוב הראשון יבוצע לאחר 24 חודשים מיום תחילת ההסכם, קרי, ב-_____. החישוב ייערך לגבי תקופה בת 18 חודשים המסתיימת 6 חודשים קודם לביצוע ההתחשבות (תקופת התחשבות ראשונה).

7.1.2 החישוב השני יבוצע לאחר 48 חודשים מיום תחילת ההסכם, קרי ב-_____. החישוב ייערך לגבי תקופה שתחילתה במועד תחילת ההסכם והמסתיימת 42 חודשים קודם לביצוע ההתחשבות (תקופת התחשבות השלישית).

7.1.3 מסך 75% דמי הביטוח שהתקבלו אצל המבטח במהלך תקופת ההתחשבות בגין רובד הרשות ינוכו הסכומים הבאים (להלן: "ההוצאות") :

7.1.3.1 תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת ההתחשבות, ושולמו ע"י המבטח עד ליום עריכת החשבון.

7.1.3.2 תביעות תלויות :

תביעות תלויות לעניין פוליסה זו יוגדרו כדלהלן :

7.1.1.1 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, והוגשו למבטח אך טרם יושבו במלואם או בחלקם, נכון ליום עריכת החשבון.

7.1.1.2 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אך טרם הוגשו ו/או דווחו למבטח נכון ליום עריכת החשבון (I.B.N.R). מובהר בזאת כי החישוב כאמור יתבסס על תביעות I.B.N.R בשנים קודמות על פי הנסיון המצטבר בביטוח הקבוצתי, ובהסתמך על דוחות שגיגש המבטח בלבד.

7.1.3.3 חישוב התביעות ייערך על פי מועד קרות מקרה הביטוח.

7.2 הייתה תוצאת החישוב כאמור בס' 7.1 לעיל שלילית, יותאמו דמי הביטוח באופן הבא :

7.2.1 תחושב המנה המתקבלת מחלוקת ההוצאות בהכנסות (הוצאות/הכנסות).

7.2.2 דמי הביטוח בתקופת הביטוח הבאה יהיו מכפלת דמי הביטוח שהתקבלו, במנה המתקבלת בסעיף 7.2.1 (דמי הביטוח = דמי הביטוח בשנה הקודמת) * (הוצאות לחלק להכנסות).

7.2.3 עדכון דמי הביטוח עבור כל מבטח לא יעלה על 10% מדמי הביטוח נכון למועד יום עריכת החשבון.

7.3 אם במועד ההתחשבות תהיה תוצאת החישוב שווה או חיובית, יישארו דמי הביטוח ללא שינוי.

8 יועץ הביטוח

- חברת הייעוץ שימנה בעל הפוליסה תסייע במתן שירותים למבוטחים במסגרת הפוליסה כמפורט להלן:
- 8.1 סיוע למבוטחים, מתן מידע ובירורים בקשר לזכויות המבוטחים על פי הפוליסה, וטיפול בטענות או תלונות של המבוטחים הקשורות בנהלי המבטח והשירות הניתן על ידו למבוטחים.
 - 8.2 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לפנות בשם המבוטח, ולייצגו מול חברת הביטוח במקרה של תביעה.
 - 8.3 המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידי, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידי שלא באמצעות המבוטח, והכול בכפוף לאישור המבוטח.
 - 8.4 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לקבלה או לדחותה.
 - 8.5 למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.
 - 8.6 היועץ יבצע פעולות מעקב ובקרה אחר פעילות מחלקת השירות והתביעות של המבטח, לרבות בחינת דוחות תקופתיים, ומעקב וטיפול בתביעות שנדחו או טרם סולקו.
 - 8.7 מובהר כי בעל הפוליסה יהיה רשאי לסיים את התקשרותו עם יועץ הביטוח או להחליפו בכל עת ומכל סיבה שהיא, בכפוף להודעה מראש ובכתב 60 ימים טרם סיום תפקידו. במקרה כזה ישולם ליועץ ע"י המבטח שכ"ט החודשי כאמור בסעיף 8.9 להלן, עד סיום מועד הנקוב בהודעה המוקדמת. על אף האמור לעיל, אם ביקש בעל הפוליסה לסיים את ההתקשרות במהלך 12 החודשים הראשונים ממועד תחילת ההסכם, ישלם המבטח ליועץ השלמת שכ"ט בעבור 12 חודשי יעוץ.
 - 8.8 היועץ יהיה מוסמך להורות למבטח לערוך הסכם אד הוק עם נותן שירות שבשגרה אינו בהסכם עם המבטח, ובלבד שהתשלום לנותן השירות לא יעלה על הסכום המירבי המשולם לנותן שירות שבהסכם עבור אותה פרוצדורה. כמו כן היועץ יהיה מוסמך להורות למבטח לאשר או לערוך הסכם אד הוק עם רופא הסכם לביצוע פרוצדורה כירורגית באמצעות מכשור רפואי או טכנולוגיות אשר אינן כלולות בהסכם עם נותן השירות (הרופא ו/ או המרכז הרפואי).
 - 8.9 המבטח יישא בעלות שכר טרחתו של היועץ מדי חודש בסך 4 ₪ לחודש בתוספת מע"מ לכל מבטח. ובנוסף, ולפי הצורך יישא המבטח בעלות של עד 4 הרצאות אותן יקיים היועץ למבוטחים.

9. פרסום ושיווק למבוטחים

המבטח יישא בכל העלויות הכרוכות בדיוור ובפרסום תנאי הביטוח הקבוצתי, לרבות הפקה ודיוור של חוברת הכוללת את תנאי הפוליסה ובה גילוי נאות, והפצת הודעות לכלל המבוטחים בתחילת תקופת הביטוח ובמהלכה, כמתחייב מתוקף תקנות ביטוח בריאות קבוצתי. כמו כן המבטח יישא בעלויות צירוף מבוטחים חדשים וצירוף מבוטחים לרבדי הרשות, ולהרחבות ככל שיהיו כאלה בעתיד. מובהר כי עלויות הכרוכות בביצוע הפעולות עפ"י סעיף זה ימומנו מתוך סכומי הפרמיות אשר מתקבלים אצל המבטח. למען הסר ספק מוסכם כי, שהעלויות כאמור לא יבואו בחישוב לעניין עדכון הפרמיה.

10. השירות וטיפול בתביעות

- 10.1 המבטח יפעיל, על חשבונו בין בעצמו או בין ע"י ספק שירות מטעמו, מערך שירות טלפוני או מוקד ייעודי לצורך צירוף מבוטחים, מתן מידע, והכוונה וטיפול בתביעות, (להלן "המוקד"), אותו יאייש צוות שיותאם לזמני תגובה המופיעים בסעיפים 10 ו-11 להלן.
- 10.2 המוקד יעמיד קו טלפון ייעודי למבוטחי בעל הפוליסה.
- 10.3 המוקד יופעל באמצעות מערכת CRM ומערכת המקליטה שיחות.
- 10.4 המוקד מתחייב למתן מענה מקצועי לפונים בנושא פוליסה, גביה ותביעות (הסבר על נוהל הגשת תביעה ולאחר מכן עדכון בסטטוס התביעה) באמצעות: טלפון, מייל, פקס, דואר, או באזור האישי של המבוטח באתר המבטח.
- 10.5 כחלק מטיפול בתביעה, יימסר למבוטח כל המידע לגבי זכאותו על פי תנאי הפוליסה, המוקד ידריך את המבוטח כיצד להגיש את התביעה באופן המיטבי עבורו, וישלח לו את המסמכים הדרושים להגשת התביעה. המבטח יאפשר הורדת המסמכים המתאימים מאתר האינטרנט של המבטח.
- 10.6 המבטח ימנה לפחות מנהל תביעות אחד אשר ינהל ויפקח אחר פעילות המוקד למבוטחים במקרה של תביעה, יפקח אחר מערך התביעות של בעל הפוליסה, ויהיה אחראי לכך שמחלקות התביעות השונות יפעלו בהתאם למחויבות המבטח על פי תנאי הפוליסה וההסכם.
- 10.7 המבטח ימנה מנהל שירות, ששמו ופרטי ההתקשרות עימו יימסרו לבעל הפוליסה, אשר יהיה ממונה על מכלול הפעולות הנדרשות לניהול תכנית הביטוח, לרבות צירוף מבוטחים או גריעתם מהפוליסה, שינויים בפרטי המבוטח, עדכון וטיפול בבעיות גביה, יהיה אחראי ויפקח כי תנאי החיתום למצטרפים החדשים מתקיימים בהתאם לפרוטוקול החיתום.
- 10.8 מנהל התביעות, מנהל השירות וצוות המוקד ידווחו באופן שוטף ליועץ הביטוח על פעילותם, יגישו דוחות בהתאם, ויפעלו בהתאם להנחיות יועץ הביטוח.
- 10.9 המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה רפרנט ייעודי וממלא מקום, אשר יהיו אחראים על מכלול שירותי הביטוח כמתחייב על פי הסכם זה, לרבות הממשק עם יועץ הביטוח.
- 10.10 נציגים מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח יוכלו לפנות לקבלת שירות לטלפון הנייד של הרפרנט בשעות העבודה המקובלות.
- 10.11 מובהר ומוצהר כי אם יועץ הביטוח יהיה סבור שהשירות הניתן ע"י המוקד או מנהל המוקד או מנהל השירות או מנהל התביעות, הינו שירות לקוי, יהיה היועץ מוסמך להורות על החלפתם וזאת לאחר שדיווח לרפרנט מטעם המבטח, וניתנה למבטח האפשרות לתקן את הליקויים.
- 10.12 המבטח יעדכן את יועץ הביטוח מראש בכל שינוי במוקד השירות שיש בו כדי להשפיע על רמת השירות למבוטחים, או במקרה של החלפת מנהל התביעות או מנהל השירות.
- 10.13 מובהר ומוצהר כי אי קיום תנאי סעיף 10 על סעיפי המשנה שבו יחשב כהפרה יסודית של הסכם זה.

11. מוקד השירות

- 11.1 שעות פעילות המוקד יהיו בימים א' – ה' בין השעות 08:00 ל- 16:00 בהתאם לזמני התגובה כאמור בסעיף 11.2 להלן. בימי ו' ובערבי חג שעות הפעילות תהיה במתכונת מצומצמת או תעבוד במתכונת חירום בלבד.
- 11.2 80% מהפניות הטלפוניות למוקד יענו תוך 180 שניות.
- 11.3 במהלך כל שלבי ההמתנה, מרגע שהתקשר המבוטח ועד אשר נענה על ידי המוקדן (ללא חשיבות לזמן ההמתנה של המבוטח), ואף בתום זמן ההמתנה, תוצע למבוטח האפשרות להשאיר הודעה במענה קולי שיוקצה לצורך כך. ההודעות ממענה זה יאספו בכל שעה לפחות, והמוקדנים יחזרו ללקוח בתוך פרק זמן שלא יעלה על יום עסקים אחד. לאחר שעות העבודה של מוקד השירות, יופעל מענה קולי להודעות אשר יאספו במהלך שעות העבודה ביום העבודה העוקב.
- 11.4 פניות שיתקבלו באתר האינטרנט והודעות שיושארן במענה הקולי, ייענו ביום העבודה העוקב לכל המאוחר.
- 11.5 נותן השירות מתחייב כי במוקד השירות הטלפוני ימצא כל הידע המקצועי הנדרש באשר לזכויות המבוטחים בפוליסה, וזכויות המבוטחים במסגרת ביטוחי השב"ן השונים.

12. הגשת התביעה

תביעות הביטוח לצורך אישור מוקדם, או תביעות לתשלום, יישלחו למבטח בפקס או במייל, או באמצעות האזור האישי שבאתר האינטרנט שיפעיל המבטח.

13. זמני טיפול בתביעה

- 13.1 עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, תשלח הודעה באמצעות סמס/מייל או האזור האישי באתר המבטח, המעדכנת את המבוטח על הגעת המסמכים, והזמן המירבי לסילוק התביעה.
- 13.2 אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח בשיחה טלפונית או במסרון או במייל ובנוסף באמצעות האזור האישי, תוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלה התביעה אצל המבטח, יעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.
- 13.3 תביעות שיועברו למבטח יאושרו תוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הנדרשים לברור חבותו.
- 13.4 תגמולי ביטוח ישולמו תוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הנדרשים לברור חבותו.

14. ניהול התוכנית

- 14.1 המוקד יבצע את כל הפעולות הנדרשות בכדי להתאים את מערכת המידע והמחשוב שברשותו לצורך קליטת נתונים, זהות המבוטחים והפקת דוחות פעילות.
- 14.2 המבטח יהיה ערוך לבצע פעולות מכירה ו/או שדרוג ו/או הרחבת תוכניות ביטוח נוספות בעתיד. כמו כן, יהיה ערוך לבצע פעולות מכירה למבוטחים שתמה העסקתם אצל בעל הפוליסה. **יובהר מעל כל ספק כי פעולות הרחבה ו/או שדרוג ו/או מכירת פוליסות פרטיות יעשו בכפוף לאישור מפורש בכתב ומראש מטעם בעל הפוליסה. פניה למבוטחי בעל הפוליסה ע"י המבטח או סוכנות בבעלותו של המבטח שתיעשה ללא אישור בעל הפוליסה הינה הפרה יסודית להסכם זה.**

15. שינויים בתנאי הפוליסה

- 15.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן או להתאים את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.
- 15.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובכפוף לכך שהוסדר ביטוח קבוצתי חלופי אצל מבטח אחר עד תום תקופת הביטוח.

16. דוחות ונתונים

- 16.1 המבטח ימסור לבעל הפוליסה דו"ח מאושר בקובץ אקסל באמצעות דואר אלקרוני ובו יפורטו הנתונים כמצוין בנספח ד' המצורף להסכם זה.
- 16.2 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, לבקשת יועץ הביטוח ימסור המבטח כל מידע או נתון אחר או נוסף ככל שיתבקש לכך, לרבות דוח תקופתי לגבי פעילות מוקד השירות, ובכלל זה מספר הפונים, ממוצע המתנה, זמן המתנה מירבי, וכמות הפניות המטופלות בכל אחד ממחלקות המבטח.
- 16.3 הדוחות יוצגו ליועץ הביטוח, ויועברו לידיו לא יאוחר מ-30 ימים לאחר תום כל שנת ביטוח, או תוך 30 ימים מיום שדרש זאת יועץ הביטוח.
- 16.4 מוסכם כי תינתן ליועץ הביטוח מטעם בעל הפוליסה, בכל עת בתיאום מראש עם המבטח, אפשרות לבדוק את הנתונים המופיעים בדו"ח, על פי שיקול דעתם הבלעדי של יועץ הביטוח או בעל הפוליסה, ובכל דרך שימצאו לנכון לעשות זאת.
- 16.5 המבטח מתחייב לאפשר ולסייע ככל שניתן ליועץ הביטוח, לבצע בקרות ובדיקות אודות יישוב התביעות, השירות למבוטחים ופעולות נוספות נשוא הסכם זה.
- 16.6 למען הסר ספק, יובהר כי בעל הפוליסה הינו בעל כל הזכויות במידע אשר יועבר אליו בהתאם לסעיפי המשנה לעיל, וכי הוא רשאי לעשות בו כל שימוש שימצא לנכון על פי שיקול דעתו הבלעדי.

17. הוצאות רפואיות מיוחדות

- 17.1 בסמכות יועץ הביטוח מטעם בעל הפוליסה לאשר הוצאות עבור טיפולים רפואיים שאינם מכוסים בפוליסה זו, וכן לאשר תשלומים עבור הוצאות רפואיות מעבר למכסת הטיפולים המצוינת בפוליסה, ומעבר לתקרות הנקובות בפוליסה, הכול לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובלבד שהסכום המצטבר לאישורים אלו לא יעלה על 3% מהפרמיה הכוללת המצטברת שהתקבלה אצל המבטח החל מתחילת ההסכם ועד ליום מתן האישור.
- 17.2 למרות האמור, סך ההוצאות הרפואיות המיוחדות בשנה הראשונה להסכם יעמוד על 3% מהפרמיה הצפויה להתקבל ב- 12 החודשים הראשונים מיום תחילת ההסכם. יובהר כי הוצאות רפואיות מיוחדות יכללו במניין תשלומי התביעות.

18. סודיות ומאגרי מידע

- 18.1. המבטח מתחייב כי הוא וכל מי מטעמו הרלבנטי למתן השירותים לבעל הפוליסה ולמבוטחים בהסכם ובפוליסה ישמרו בסודיות כל מידע שימסור להם בעל הפוליסה או מי מטעמו בקשר או לצורך הסכם זה, וכל מידע בקשר למבוטחים, למעט מידע שהוא נחלת הכלל או מידע המחויב בגילוי על פי חוק, או מידע שהיה ברשות המבטח לפני שהועבר אליו, או מידע שהגיע מצדדים שלישיים.
- 18.2. המבטח יחזיק ברשימת המבוטחים ובפרטים הנדרשים לצורך ביצוע התחייבויותיו על פי הסכם זה והפוליסה. הרשימות והמידע האמורים לעיל, ירשמו אצל המבטח כמאגר מידע ויגוהלו לפי הוראות הדין.
- 18.3. המבטח יהיה רשאי לעשות שימוש במידע או במאגר המידע אך ורק לצורך מתן השירותים במסגרת הפוליסה, ובהתאם להוראות הסכם זה, ובכל מקרה לא ימסור, יגלה, יעביר, ימכור, יסב, ימחה, יעניק הרשאה ו/או יעניק כל זכות אחרת במידע או במאגר מידע לכלל צד שלישי, שאינו ספק שירות המעניק שירותים לקבוצת המבוטחים על פי תנאי ההסכם והפוליסה.
- 18.4. המבטח מתחייב כי יפעל בהתאם להוראות כל דין, לרבות הוראות חוק הגנת הפרטיות, התקנות שחוקקו מכוחו, הנחיות הרשות למשפט, טכנולוגיה ומידע (רמו"ט), הוראות והנחיות אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, לרבות אך לא רק, חוזר ניהול סיכונים סייבר בגופים מוסדיים 2016-9-14 ויקיים אותן במלואן ככל שהן חלות עליו ועל מתן שירותים לבעל הפוליסה ולקבוצת המבוטחים וליישום הוראות ההסכם והפוליסה.
- 18.5. המבטח מתחייב כי יפעל בהתאם לסטנדרט המקובל במאגרי מידע מסוג זה אצל המבטח ובהתאם להנחיות מנהל מאגר המידע אצל המבטח ו/או מי מטעמו, לרבות ומבלי לגרוע, בקשר עם סדרי הניהול של מאגר המידע וההנחיות לאיסוף, סימון, אימות, עיבוד והפצה של מידע, שמירה על אבטחת המידע במאגר המידע לרבות הגנה על שלמות המידע, הגנה על המידע מפני חשיפה, שימוש או העתקה ללא רשות.

19. אחריות

- 19.1. המבטח יישא באחריות המלאה והבלעדית לקיום התחייבויותיו על פי תנאי הסכם זה, לרבות תנאי הפוליסה וחובות המבטח הנובעים ממנה, ולכל תביעה ו/או טענה ו/או דרישה ו/או חיוב כלשהם מצד מבוטח או צד שלישי אחר כלשהו בקשר עם התחייבויות המבטח על פי ההסכם ו/או הפוליסה, וכן לגבי הליכי ההצטרפות לביטוח, ולרבות כל אחריות בגין נזק, הפסד או הוצאה שיגרמו לבעל הפוליסה ו/או למי מטעמו ו/או לכל מבוטח על פי הביטוח מחמת פעולה או מחדל של המבטח, ככל שאחריות זו חלה על המבטח על פי פסק דין או החלטה של רשות מוסמכת. בכל מקרה, בעל הפוליסה ו/או מי מטעמו, לרבות מנהליו, עובדיו, יועציו וכל הפועלים מטעמו או בשמו לא יישאו באחריות כלשהי בנוגע לפוליסה, ובכלל זה לכיסויים הביטוחיים על פי הפוליסה, למעט אחריות כלפי המבטח כקבוע בהסכם. עוד מוסכם כי בעל הפוליסה לא יישא בשום מקרה באחריות שלוחית למעשיו, ו/או עוולותיו ו/או מחדליו של המבטח ו/או עובדיו ו/או שלוחו ו/או מבטחי המשנה שלו ו/או מי מטעמו.
- 19.2. המבטח מתחייב לשפות את בעל הפוליסה בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או אובדן ו/או הפסד מכל סוג שהוא, שייגרמו לבעל הפוליסה ו/או לעובדיו ו/או למי מטעמו, ככל שיגרמו, עקב ו/או כתוצאה מכל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה נגד בעל הפוליסה ו/או עובדיו ו/או מי מטעמו שתוגש על ידי צד שלישי

שהוא (לרבות המבוטח) בקשר עם כל מעשה ו/או מחדל או הפרת מצג או התחייבות של המבטח על פי הסכם זה, ו/או שייגרמו בקשר עם מתן שירותי הביטוח על פי הסכם זה, כפי שייקבע בפסק דין או החלטה של רשות מוסמכת.

19.3. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, תביעות משפטיות אשר יוגשו נגד המבטח בכל הנוגע לפוליסה, יטופלו באופן בלעדי ע"י המבטח ועל חשבונו. אם נתבע בעל הפוליסה ו/או צורך להליך התביעה, ינהל המבטח לבקשת בעל הפוליסה את ההליך בשמו, אחרי מתן הודעה מוקדמת וקבלת אישור מראש ובכתב. אם ידרוש בעל הפוליסה לשכור עבורו ייצוג משפטי עצמאי, לטיפול בהליך ו/או לליווי הטיפול על ידי המבטח, יישא המבטח במלוא שכר היועצים המשפטיים של בעל הפוליסה, בכפוף להודעה מראש ובכתב מאת בעל הפוליסה, וידאג לכך שיועציו המשפטיים ישתפו פעולה עם יועציו המשפטיים של בעל הפוליסה. מובהר כי המבטח לא יתפשר או יודה בשם בעל הפוליסה, ולא יחתום בשמו על הסדר, פשרה או הודאה כלשהם ללא הסכמה מראש ובכתב של בעל הפוליסה.

19.4. מוסכם כי סעיפי האחריות יעמדו בתוקפם הן לתקופת הביטוח הראשונה, והן לכל תקופות הארכה או חידוש של הפוליסה, ו/או הסכם ביטוח הבריאות הקבוצתי שבין בעל הפוליסה למבטח.

20. צירוף או גריעת מבוטח עקב טעות

אם צורף מבוטח לביטוח בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים בפוליסה, ולא שולמה פרמיה או שולמה פרמיה חלקית בלבד, או אם לא צורף מבוטח, או נגרע מבוטח מהביטוח, ועל פי הצהרת בעל הפוליסה הדבר נעשה עקב טעות, או כוח עליון, יראה המבטח במבוטח כמבוטח לכל דבר ועניין, והמבוטח יהיה חייב בתשלום פרמיה ו/או השלמת הפרמיה כמתחייב על פי הסכם זה, החל מהמועד בו צורף המבוטח לביטוח. לצורך זה תיחשב כטעות כל סיבה סבירה בנסיבות העניין, למעט מצב בו העביר מבוטח ו/או בן משפחה טופס ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו, או שהביטוח התבטל בעקבות אי תשלום של פרמיה והמבוטח קיבל התראה בכתב מהמבטח, בהתאם לדין.

21. ההסדר התחיקתי

21.1. על כל סוגיה הנוגעת למבוטחים בביטוח, אשר לא הוסדרה במסגרת הסכם זה או בפוליסה ו/או בנספחיו, יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

21.2. מובהר כי הוראות הסכם זה על נספחיו לא תפורשנה בדרך כלשהי באופן שיש בו כדי לגרוע מהיקף הביטוח הניתן למבוטחים. בכל מקרה של מחלוקת בדבר פרשנות סעיף כלשהו יפורש הסעיף לטובת המבוטחים.

21.3. שינוי בהסדר התחיקתי שיש בו כדי להשפיע באופן כלשהו על זכויות המבוטחים ידווח לבעל הפוליסה על ידי המבטח, במהירות האפשרית, והצדדים יתאימו את הפוליסה לשינוי האמור, ולו בלבד, והכל באחריות המבטח.

22. העדר תחולת יחסי עובד מעביד

22.1. מובהר כי היחסים בין הצדדים להסכם זה הם יחסי קבלן עצמאי – מזמין, ואין ולא יהיו יחסי עובד-מעביד בין בעל הפוליסה לבין המבטח ו/או העובדים ו/או המשמשים מטעם המבטח בביצוע הסכם זה. מובהר כי כל זכות שיש לבעל הפוליסה לפקח, לבקר, להורות ולהדריך מי מעובדי המבטח בקשר

למתן השירותים אינה אלא אמצעי להבטיח ביצוע נאות של החוזה, ואין בה כדי ליצור יחסי עובד ומעביד בין בעל הפוליסה לבין מי מעובדי המבטח.

22.2. המבטח מאשר בזאת כי הסכמת בעל הפוליסה להתקשר עימו בחוזה זה מבוססת על האמור לעיל, והוא מתחייב בזאת שלא לטעון כנגד בעל הפוליסה כל טענה בניגוד לכך, ואף לא לפתוח בכל הליך משפטי או אחר שמטרתו או תוצאתו היא קביעת קיומם של יחסי עובד ומעביד בינו ו/או מי מעובדיו לבין בעל הפוליסה, ו/או קביעה שהמבטח ו/או מי מטעמו זכאי לקבל מאת בעל הפוליסה זכויות כשל עובד שכיר.

22.3. מוסכם ומוצהר בזאת בין הצדדים, כי אם למרות האמור בסעיף זה לעיל תקבע ערכאה שיפוטית מוסמכת בפסק דין חלוט, בכל זמן שהוא, כי עובד מעובדי המבטח ייחשב כעובד בעל הפוליסה, המבטח ישפה את בעל הפוליסה על כל נזק כספי שייגרם לו כתוצאה מכך לרבות שכ"ט עו"ד, הוצאות וכיוצא בזה. חתימת המבטח על ההסכם כמוה כחתימה על כתב שיפוי, לכל דבר ועניין.

22.4. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, נזק כספי משמעו גם כל סכום כספי שהיה על המבטח כמעביד להעמיד לזכותו של העובד, לרבות: גמלאות, לפיצויים וליתר הזכויות הסוציאליות המתחייבות מכוח עבודתו. מובהר כי נזק כולל לא רק תשלומים למבטח, אלא גם סכומים שיחויב בעל הפוליסה (אם בכלל) לצד ג' לאור הקביעה כי התקיימו יחסי עובד ומעביד כאמור.

23. איסור העברה

23.1. המבטח אינו רשאי להמחות, להסב או להעביר הסכם זה, כולו או מקצתו, לאדם או גוף כלשהם, וביצוע השירות על ידי המבטח על פי הסכם זה יעשה אך ורק על ידיו ולא על ידי כל גוף ו/או אדם אחר, אלא אם כן אישר בעל הפוליסה מראש ובכתב כי השירות ו/או כל חלק ממנו יבוצעו על ידי גוף או אדם אחר מטעם המבטח. כמו כן, לא יהא המבטח רשאי לשעבד את זכויותיו מכוח הסכם זה, כולן או מקצתן בשעבוד מדרגה כלשהי.

23.2. אם יאשר בעל הפוליסה ביצוע על ידי גורם אחר מטעם המבטח כאמור, מובהר כי כל חובותיו של המבטח לפי הסכם זה ימשיכו לחול על המבטח, ויחולו בנוסף גם על אותו גוף או אדם מטעמו, והמבטח מתחייב לוודא ולגרום לכך כי אותו גוף או אדם יהיה מודע לכך ויבצע חיוביו לפי ההסכם. מובהר ומוסכם בזה, כי אישור בעל הפוליסה על ביצוע של השירות או חלקו על ידי גורם אחר מטעם המבטח לא יגרע מאחריותו של המבטח על פי ההסכם, הפוליסה ועל הנספחים המצורפים אליה.

23.3. במקרה זה מובהר כי המבטח, והוא בלבד, יהיה אחראי כלפי בעל הפוליסה, כלפי המבוטח וכלפי כל צד ג' שהוא, בגין כל נזק ו/או הפסד, ישיר או עקיף, שיגרם לבעל הפוליסה ו/או למבוטח ו/או למבטח ו/או לכל צד ג' שהוא בקשר עם ביצוע שירותי הביטוח או כל חלק ממנו.

23.4. בעל הפוליסה יהיה רשאי להעביר, להסב או להמחות הסכם זה, כולו או מקצתו, מבלי שיהא בכך לפגוע בזכויותיו של המבטח.

24. סיום ההתקשרות והעברת הפעילות למבטח אחר

24.1. עם סיום ההתקשרות בין הצדדים עפ"י הסכם זה מכל סיבה שהיא (להלן: "מועד סיום ההתקשרות"), יודיע המבטח לכלל המבוטחים על סיום ההתקשרות עם בעל הפוליסה. נוסח ההודעה יאושר מראש ע"י בעל הפוליסה.

24.2. המבטח יעביר לבעל הפוליסה את כל המידע הדרוש אודות המבוטחים, כך שפעילות המבטח החדש ורציפות הביטוח יימשכו באורח תקין ונאות, וזאת בהתאם למחויבות המבטח על פי כל דין. מבלי לגרוע מכלליות האמור ינהגו הצדדים כדלקמן:

24.2.1. המבטח ישא באופן בלעדי בכל האחריות הביטוחית לכל תשלומי הביטוח בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופה בה הפוליסה הייתה בתוקף, ובהתאם לתנאי הפוליסה.

24.2.2. המבטח מתחייב כי הוא ו/או מי מטעמו יחדלו לעשות כל שימוש במידע הנוגע למבוטחים, לא ישאירו או ישמרו בידם ו/או בידי צד שלישי שאינו בעל הפוליסה ו/או מי מטעמו, כל מידע הנוגע למבוטחים, לרבות העתקים של המידע, למעט מידע אשר נדרש למבטח לצורך ביצוע התחייבויותיו ו/או בירור חובותיו לפי הסכם זה ו/או הפוליסה ובהתאם להוראות הדין.

24.3. המבטח מתחייב לשתף פעולה לשם העברה יעילה ומהירה של המידע כאמור לבעל הפוליסה.

25. הקשר בין המבטח למבוטחים

25.1. כל הודעה של המבטח למבוטחים דואר אלקטרוני, או מסרון, או תיעשה בכתב ותישלח לפי המען האחרון של המבוטח אשר מסר למבטח או לבעל הפוליסה.

25.2. המבטח מתחייב כי לא יגיש תביעה נגד מבוטח בביטוח על פי הסכם זה, אלא אם נתן התראה בכתב לבעל הפוליסה לפחות 15 ימים לפני מועד הגשת התביעה. המבטח מתחייב לשפות את בעל הפוליסה ואת המבוטח בגין כל נזק שיגרם להם עקב הפרת סעיף זה.

26. הודעות

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעה בקשר להוראות פוליסה זו הן:

בעל הפוליסה: _____
המבטח: _____

כל הודעה ו/או התראה שישלחו מצד אחד למשנהו בקשר להסכם זה, יימסרו ביד או יישלחו בדואר רשום (כשדמי הדואר משולמים במלואם מראש) לכתובות הצדדים הנקובות בהסכם זה (או כל מען אחר אשר תבוא עליו הודעה מתאימה בכתב), ויראו כל הודעה או התראה כאמור כאילו נמסרו. כל הודעה אשר תישלח ע"י צד להסכם זה למשנהו בדואר רשום תחשב כאילו הגיעה ליעדה בתום 72 שעות ממשלוחה.

27. הדין החל ומקום שיפוט

על הסדר ביטוח זה והסכם זה יחול הדין הישראלי, ולבתי המשפט המוסמכים אך ורק בתל אביב-יפו תהיה הסמכות לדון בכל תביעה בקשר להסכם זה, ורק להם. על אף האמור, מוסכם כי בתביעות שבין המבוטחים למבטח מקום השיפוט יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

28. השפעת סכסוך על ביצוע השירותים

- 28.1. המבטח מצהיר ומתחייב בזאת באופן בלתי חוזר, כי בכל מקרה בו נתגלעה מחלוקת ו/או אי הסכמה בין הצדדים, מכל מין וסוג שהן, לרבות מחלוקת ו/או אי הסכמה אשר נדונה במושב שיפוטי כל שהוא, יישא המבטח באחריות להמשיך בביצוע השירותים ו/או בביצוע שאר התחייבויותיו על פי הסכם זה ללא כל עיכובים ו/או השהיות, בהתאם לכל הוראות ההסכם בכפוף לתשלומי הפרמיה כסדרם.
- 28.2. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי על אף האמור בכל דין, לרבות הוראות חוק החוזים (תרופות בשל הפרת חוזה), תשל"א-1970, המבטח לא יהיה רשאי בשום מקרה לבטל את ההסכם, וזאת מכל סיבה שהיא, והסעד היחיד אשר יעמוד למבטח על פי ההסכם יהיה סעד ממוני בלבד. אין באמור כדי לשלול את זכותו של המבטח לבטל ביטוחו של מבטוח מסוים בהתאם להוראות סעיף 15 לחוק חוזה הביטוח.

29. קיזוז ועיכובן

המבטח לא יהא רשאי לקזז ו/או לעכב כל סכום ו/או תשלום שהוא המגיע ממנו למבטוח להבטחת חובות בעל הפוליסה כלפיו.

30. שונות

- 30.1. הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים, ולא תהא כל נפקות לכל משא ומתן, הבנה, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו בין הצדדים, ככל שהיו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל-פה, לפני החתימה על הסכם זה.
- 30.2. לא יהיה כל תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או ויתור על הוראות הסכם זה, אלא אם כן נעשה במסמך שנחתם ע"י שני הצדדים.
- 30.3. כל התנהגות של מי מהצדדים לא תחשב כוויתור על זכות מזכויותיו עפ"י הסכם זה, ו/או כוויתור או הסכמה מצדו לכל הפרה או אי-קיום של תנאי מתנאי ההסכם, או כשינוי, ביטול או תוספת על תנאי שהוא, אלא אם כן נעשו במפורש ובכתב.
- 30.4. ספריו ופנקסיו של בעל הפוליסה ישמשו עדות והוכחה לכאורה לנכונות האמור בהם, לרבות לעניין מספר המבוטחים בפוליסה, ולעניין כל הסכומים שישלם בעל הפוליסה למבטח במסגרת ביצוע ההסכם.
- 30.5. במקרה של סתירה בין הוראות הסכם זה לבין הוראות כל פרק או נספח, או בין כל פרק בפוליסה או נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

ולראיה באו הצדדים על החתום:

המבטח

בעל הפוליסה

כתב התחייבות של בעל הפוליסה

בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי),

התשס"ט – 2009

שם בעל הפוליסה: _____

ח.פ/ע.ר : _____

כתובת: _____

אני הח"מ, נציג בעל הפוליסה, מורשה לחתום בשמו, מצהיר ומתחייב בזאת כי בעל הפוליסה פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה. כי בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו.

בעל הפוליסה :

נספח א' - פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המכון הטכנולוגי חולון ובני משפחותיהם

גילוי נאות

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	יותר בריא
סוג הביטוח	פרק ד' - השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל פרק ה' - ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות פרק ח' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון פרק ט' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל פרק ט"א (1) - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית פרק י' - שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות פרק י"ב - שיקומית פרק י"ג - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות פרק י"ד - אבחון וטיפול בהתפתחות הילד פרק ט"ו - יעוץ וטיפול פסיכולוגי פרק ט"ז - רפואה משלימה
תקופת הביטוח	60 חודשים, החל מיום _____ ועד ליום
תיאור הביטוח	השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל שיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה, המשך טיפול בארץ ובחו"ל או פיצוי בגין מצב רפואי או פיצוי בגין מחלה קשה. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שבוצעו בחו"ל, וכן כיסוי להוצאות הנלוות להם. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה, תרופות המוגדרות OFF LABEL וטיפול תרופתי בהתאמה אישית. הוצאות רפואיות מיוחדות השתתפות בהוצאות עבור טיפולים רפואיים במקרה של גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים בפוליסה. מרפאת מומחים ובדיקות אבחון התייעצויות עם מומחים, חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, שירותי אבחון מהיר, חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז, בדיקות אבחנתיות כולל בדיקות גנטיות וגנומיות, בדיקות סקר למבוטחים מעל גיל 40. ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח, באמצעות נותן שירות בהסכם (ועד תקרת החזר לנותני שירות שאינם בהסכם). כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (מסלול לבעלי שב"ן) מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות שבב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר, בהשתתפות עצמית של 20% ועד 3,000 ₪. שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח בישראל טיפול או שירות רפואי או שיקומי שניתן למבטח לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, לרבות שכר אחות, טיפול שיקומי בעת אשפוז, החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח ועוד. טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות טיפול רפואי בישראל באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות. כולל טיפולים לריפוי או הקלה בכאב, טיפולים בתא לחץ, הזרקות והזלפות. שיקומית התייעצות עם רופא שיקומי, טיפולי שיקום ראיה ודיבור, התעמלות שיקומית, פיזיותרפיה, אביזרים רפואיים ומשדר קרדילוגי בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות בדיקות הריון, בדיקות גנטיות, טיפולי פוריות והפריה חוץ גופית, ניתוח לצורך פריון והפריה, מעקב הריון, שמירת הריון, שירותים ייחודיים ליוולדת, אם פונדקאית. אבחון וטיפול בהתפתחות הילד בעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות ילדין וליקויי למידה, טיפולים בבעיות אלו. יעוץ וטיפול פסיכולוגי השתתפות בהוצאות טיפולים פסיכולוגיים.

<p>רפואה משלימה השתתפות בהוצאות טיפולי רפואה משלימה.</p>	
<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם, ובמקרים המפורטים בפרקים הבאים: פרק ב' - חריגים כללים לפוליסה פרק ד' - השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל - ס' 5 פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - ס' 5 פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - ס' 6 פרק ח' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון - ס' 3.2.3 וכן ס' 7 פרק ט' - ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - ס' 5 פרק ט"א (1) - ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית - ס' 6 פרק י' - שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל - ס' 3.8.2 פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - ס' 8 פרק י"ב - שיקומית - ס' 3.5, 3.6.2 פרק י"ג - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות - ס' 3.9 פרק ט"ז - רפואה משלימה - ס' 3.3</p>	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>
<p>פרק ד' השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל: ס' 3.1.2 - פיצוי חד-פעמי במקרה של גילוי מחלה קשה של 350,000 ש"ח בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלה. פרק י"ג - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות: ס' 3.6 שמירת הריון באשפוז פיצוי של 100 ש"ח ליום אשפוז החל מהיום ה-14 ועד 5,000 ₪.</p>	<p>סכום הפיצוי הכספי לו זכאי המבוטח על פי תנאי הפוליסה</p>
<p>פרק ח' - בדיקות סקר: 24 חודשים פרק ט' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - 3 חודשים. לגבי הריון ולידה: 12 חודשים פרק ט"א - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול משלים שבן עם ה.ע. - 3 חודשים. לגבי הריון ולידה: 12 חודשים פרק י"ב - שיקומית - 6 חודשים פרק י"ג - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות - 9 חודשים פרק י"ד - אבחון וטיפול בהתפתחות הילד - 12 חודשים פרק ט"ו - יעוץ וטיפול פסיכולוגי - 6 חודשים פרק ט"ז - רפואה משלימה - 6 חודשים.</p>	<p>תקופת הזמן מתחילת הביטוח בה ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)</p>
<p>פרק ה' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - השתתפות עצמית בשיעור 20% בגין התייעצות עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל, ועבור הוצאות שהייה של מלווה. פרק ו' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - השתתפות של 250 ₪ עד 2 מרשמים שונים בחודש. תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש או תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן - ללא השתתפות עצמית. פרק ז' הוצאות רפואיות מיוחדות - השתתפות עצמית בשיעור 20% עבור טיפולים רפואיים במקרה של גילוי מחלה קשה. פרק ח' מרפאת מומחים ובדיקות אבחון - השתתפות עצמית בשיעור 20% לכל התייעצות עם רופא מומחה, לשירות רופא מלווה, לחוות דעת רפואית במהלך אשפוז בבית חולים ולחוות דעת רפואית בחו"ל. עבור בדיקה אבחונית השתתפות עצמית בשיעור 20% או 250 ₪ לבדיקה לפי הגבוה מבניהם. שירותי אבחון מהיר השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 250 ₪ לאבחון בסיסי ועד 600 ₪ לאבחון מקיף. בדיקת סקר: השתתפות עצמית בסך 20% ועד לסך ההחזר הכתוב בפוליסה. פרק ט' (1) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן - השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד סך 3,000 ₪ בניתוחים שבוצעו ללא מעורבות השב"ן, למעט אם הניתוח אינו בסל השירותים במסגרת השב"ן, או אם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר או קבע. פרק י' שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ניתוח בישראל - השתתפות עצמית בשיעור 20% בגין: שכר אחות פרטית, סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח, הוצאות החלמה ושיקום בבית החלמה מוכר לאחר ניתוח. טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח, התעמלות שיקומית לאחר ניתוח, שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח. פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - השתתפות עצמית בשיעור 20% בגין: טיפולים לריפוי או הקלה בכאב, טיפול בתא לחץ. פרק י"ב - שיקומית השתתפות עצמית בשיעור 20% בגין התייעצות עם רופא שיקומי, שיקום דיבור וריאה, התעמלות שיקומית, טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום, אביזרים רפואיים, מנוי למשדר קרדיולוגי. פרק י"ג בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות: השתתפות עצמית בשיעור 80% בגין בדיקות הריון, בדיקות גנטיות טרום הריון, טיפול פוריות והפריה חוץ גופית, מעקב הריון ושירותים ייחודיים לילדת. פרק י"ד אבחון וטיפול בהתפתחות הילד: השתתפות עצמית בשיעור 20% עבור, בעיות הרטבה לילדים, אבחון בעיות התפתחות ילדים, טיפול בבעיות התפתחות ילדים. פרק ט"ו - יעוץ וטיפול פסיכולוגי: השתתפות עצמית בשיעור 20% עבור יעוץ וטיפול פסיכולוגי. פרק ט"ז - רפואה משלימה: השתתפות עצמית בשיעור 20% עבור טיפולי רפואה משלימה.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים					האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
					עלות הביטוח
עלות ביטוח לפי רובד שירותים רפואיים נוספים (אמבולטורי) פרקים י"ב- ט"ז	עלות ביטוח לפי רובד ניתוח משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית ט"א(1), י" וי"א	עלות ביטוח לפי רובד ניתוח מורחב פרקים ט'- י"א	רובד בסיס פרקים ד'-ח'	גיל המבוטח	
				ילד עד גיל 20	
				21-40	
				40-60	
				61-65	
				66+	
<p>שים לב! באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- היכנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם</p>					

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה		
פרק ד' – השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
השתלות בחו"ל	<p>השתלה עפ"י ס' 1.4.1 - פרוצדורה המתייחסת לאיברים הבאים בלבד: ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, ועונה על 2 התנאים הבאים: א. כריתה והוצאה מגוף המבוטח של אחד או יותר מהאיברים לעיל.</p> <p>ב. השתלה של איבר שלם במקומם, או הוספת איבר שלם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים. כמו כן תכוסה עפ"י פרק זה השתלת אונה של כבד או אונה של ריאות שנלקחו מאדם אחר. במקרה בו יושג לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.</p> <p>או עפ"י ס' 1.4.2 - השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.</p>	<p>ס' 3.1.1.1 - כיסוי מלא בעת ביצוע השתלה אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>ס' 3.1.1.2 - כיסוי עד 4,000,00 ועד הסכום הנהוג באותה מדינה כאשר ההשתלה מבוצעת אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>
	<p>ס' 3.1.2 - מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי בגילוי מחלה קשה</p> <p>ס' 3.1.1.4 - בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל לפני ההשתלה, סה"כ עד 365 יום, הוצאות שהייה, טיפולי המשך בחו"ל ובישראל ועוד.</p>	<p>ס' 3.1.2.1 - פיצוי חד פעמי מיוחד בסך 350,000 ₪.</p> <p>ס' 3.1.1.4.1 הוצאות הערכה רפואית</p> <p>ס' 3.1.1.4.2 – הוצאות בגין טיפול רפואי</p> <p>ס' 3.1.1.4.3 הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה: איתור מח עצמות עד 200,000 ₪</p> <p>ס' 3.1.1.4.4 הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז</p> <p>ס' 3.1.1.4.5 הוצאות שימוש בלב מלאכותי</p> <p>ס' 3.1.1.4.6 הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח</p> <p>ס' 3.1.1.4.7 הוצאות הטסת המבוטח והמלווה</p> <p>ס' 3.1.1.4.8 הוצאות הטסת רופא</p> <p>ס' 3.1.1.4.9 הוצאות הטסה רפואית</p> <p>ס' 3.1.1.4.10 הוצאות העברה יבשתית</p> <p>ס' 3.1.1.4.11 הוצאות מגורים וכלכלה עד 800 ש"ח ליום. במקרה של ילד ויש מלווה נוסף, עד 1,200 ש"ח ליום. ועד 20% מסכום הביטוח המירבי.</p> <p>ס' 3.1.1.4.12 הוצאות המשך טיפולים בחו"ל</p> <p>ס' 3.1.1.4.13 המשך טיפול בישראל עד 250,000 ₪</p> <p>ס' 3.1.1.4.14 הוצאות הטסת גופה.</p> <p>ס' 3.1.1.4.15 הבאת מומחה לישראל.</p>
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 3.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	<p>סעיף 3.2.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות בהסכם.</p> <p>סעיף 3.2.2 - עד 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם ועד הסכומים הקבועים בסעיפים 3.1.1.4.1-3.1.1.4.15 בשינויים המחייבים.</p>
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	ס' 3.3 גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה.	<p>ס' 3.3.1 - מבוטח מעל גיל 21 יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 5,000 ש"ח לחודש לאחר ביצוע השתלה למשך 24 חודשים.</p> <p>למבוטח עד גיל 21: גמלה חודשית בסך של 2,500 ₪ ל-24 חודשים.</p> <p>ס' 3.3.2 במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל, תשולם גמלה חודשית בסך של 3,500 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים למבוטח מעל גיל 21. מבוטח מתחת לגיל 21 יהיה זכאי לגמלה של 1,750 ש"ח לחודש ולמשך 6 חודשים.</p> <p>ס' 3.3.1.3 הקדמת תשלום הגמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה.</p>

המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.		הערות	
פרק ה' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	ס' 2.1.2 - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר רופא מנתח, רופא מרדים, ציוד חדר ניתוח, שתלים, תרופות בדיקות וטיפולי שיקום במהלך אשפוז, שכר אחות פרטית, שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים ועוד.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח – שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח. במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יינתן שיפוי בשיעור 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז שהיו משולמים לניתוח דומה בארץ.	
המשך טיפול בישראל	ס' 2.1.2.2 - יעוץ עם מבצע הניתוח. ס' 3 הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	יעוץ עם המנתח עד 2,500 ש"ח כיסוי להוצאות הטסה למי שעקב מצבו הרפואי יאושפז מעל ל- 5 ימים. כיסוי להוצאות הטסה רפואית עד 80,000 ש"ח הוצאות שהייה של מלווה עד 700 ש"ח ליום ועד 30 ימים (לקטין תקרה כפולה) כיסוי להוצאות הטסה גופה : שיפוי מלא	20% 20%
המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.		הערות	
פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	ס' 2.1 - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות ואשר אושרו לשימוש על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל ואשר אינן ממומנות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבוטח או אשר אינן מוגדרות להתוויה הנדרשת, בישראל ובתנאי שאושרו ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות. או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום כהגדרתן פרק זה. או טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 4,000,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח. סכום הביטוח עבור סעיפים 2.5.1-2.5.6 טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית יהיה בסך 800,000 ש"ח עבור כל מקרי הביטוח. סכום הביטוח עבור תוספי מזון במקרה של מחלת הסרטן וקנאביס רפואי עד 400 ש"ח לחודש ועד 36 חודשים.	עבור תרופות על פי ס' 4.2-250 ש"ח בגין כל מרשם ועד שני מרשמים שונים בחודש. מעבר לשני מרשמים – ללא השתתפות עצמית. תרופות שמחירן המרבי המאושר עולה על סכום של 1000 ש"ח או שנועדו לטיפול במחלת הסרטן פטורות מהשתתפות עצמית.
המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.		הערות	
פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
הוצאות רפואיות מיוחדות- שירותים רפואיים במקרה של גילוי מחלה או ארוע	ס' 3 - איבוד גפיים, אילמות אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמינגטית, אי ספיקת כליות סופנית, אנמיה אפלסטית חמורה,	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	

20%		<p>עד 50,000 ש"ח לתקופת ביטוח. במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המירבי יהיה 100,000 ש"ח.</p> <p>עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מוקדם של סרטן עד 20% מסכום הביטוח המרבי.</p> <p>עבור צנתור טיפולי באמצעות בלוו או סטנט עד 20% מסכום הביטוח המרבי.</p> <p>עבור תוספי מזון וויטמינים וקנאביס רפואי עד 400 ש"ח לחודש ועד 20% מסכום הביטוח המרבי.</p> <p>עבור מידענות רפואית ואיתור מרכזים רפואיים עד 4500 ש"ח.</p>	<p>אוטם חריף בשריר הלב, גידול שפיר של המוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, החלפה או תיקון מסתמי לב, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאטי ראשוני, מחלת כבד סופנית(שחמת), מחלת ריאות חסימתית כרונית, ניוון שירים מסוג ALS, ניתוח גדול, סכרת נעורים עד גיל 18, סרטן, עיוורון, עמילואידוזיס ראשונית, פגיעה מוחית מתאונה, פוליו, פרקינסון, צפדת, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק, תרדמת, תשישות נפש, נכות צמיתה עקב מחלה או תאונה.</p> <p>ס' 4 - במקרה של גילוי מחלה קשה כאמור בס' 3, יישא המבטח בהוצאות עבור טיפולים רפואיים שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד הגילוי של המחלה או האירוע הרפואי</p>	<p>רפואי המנוי ברשימה. לעניין זה "הוצאה רפואית" - כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, וכן טיפול הנובע ממצבו הרפואי של המבוטח.</p>
<p>המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>		<p>הערות</p>		
<p>פרק ח' – מרפאת מומחים ובדיקות אבחון</p>				
20%		800 ש"ח	<p>ס' 3.1 - התייעצות עם רופא מומחה- עד 3 התייעצויות בשנה.</p>	מרפאת מומחים
20%		עד 2,500 ש"ח	<p>ס' 3.2 - שירות "רופא מלווה" - רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי</p>	
20%		עד 2,500 ש"ח	<p>ס' 3.3 - חוות דעת שניה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבי"ח ציבורי</p>	
20%		<p>עד 7,000 ש"ח פעם אחת בכל תקופת הביטוח</p> <p>עלות כרטיס טיסה, ו-250\$ ליום עד 7 ימים</p>	<p>ס' 3.4 - חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, פעם אחת בתקופת ביטוח</p> <p>אם יש צורך בנסיעת המבוטח לחו"ל לצורך ההתייעצות יכוסו הוצאות הנסיעה ושהיה</p>	
20% ולא פחות מ-250 ש"ח.		עד 12,000 ש"ח בשנה.	<p>ס' 4.1 - בדיקות רפואיות אבחנתיות</p>	בדיקות אבחוניות
		ללא תקרה	<p>ס' 4.2 - בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה</p>	
		עד 800 ש"ח	<p>ס' 4.3 - חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית - התייעצות עם רופא מומחה, או גנטיקאי, או עם רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה</p>	
20%		עבור אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): 250 ש"ח	<p>ס' 5 - שירותי אבחון מהיר הניתן במסגרת בי"ח פרטי בישראל הכוללים: אבחון רפואי, בדיקות, הפניה לרופאים מומחים נוספים וסיכום רפואי</p>	שירותי אבחון מהיר

		עבור אבחון מקיף (תוך 7 ימי עבודה): 600 ₪		
	20%	24 חודשים	עד 500 ש"ח	ס' 6 - בדיקת סקר הכוללת את הבדיקות הבאות: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, תפקודי ריאות, כליות וכבד. בדיקת ל"ד, בדיקת ראייה ושמיעה, לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת א.ק.ג או ארגומטריה
פרק ט' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל				
		מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
		ספק שאינו בהסכם - עד 1,500 ש"ח	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח שכר מנתח	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או התייעצות שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר בהסדר עם המבטח
			ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, כולל כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז	
			טיפול מחליף ניתוח	
			1. אם יבחר המבוטח לבצע פרוצדורות לעיל עם ספקים שאינם בהסכם, והמבטח רשאי להפעיל תכנית להחזר הוצאות, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרת ספקים שבהסכם, בניכוי ההשתתפות העצמית, לפי העניין. תקרות ספקי ההסכם - כפי שמופיעות באתר האינטרנט של המבטח. 2. לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	הערות
פרק ט(1) - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן				
		מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
		כיסוי מעבר לזכאות במסגרת השב"ן - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר.	ס' 3.1 - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח
		כיסוי מעבר לזכאות במסגרת השב"ן - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ועד 3,000 ש"ח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית	ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח
		טיפול מחליף ניתוח ועד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל
		1. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו עפ"י השב"ן (שירותי בריאות נוספים). המבטח יעניק כיסוי מעבר לזכאותו של המבוטח בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח." 2. אם יבחר המבוטח לבצע ניתוח ע"י ספקים שאינם בהסכם, והמבטח רשאי להפעיל תכנית להחזר הוצאות, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרת ספקים שבהסכם, בניכוי ההשתתפות העצמית, לפי העניין. תקרות ספקי ההסכם - כפי שמופיעות באתר האינטרנט של המבטח. 3. אם יבחר המבוטח לבצע ניתוח ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם השב"ן- יישא בהשתתפות עצמית בסך 3,000 ש"ח, אשר ינוכו מהתחייבות המבטח כלפי נותן השירות, או ינוכו מההחזר לו זכאי המבוטח במקרה שהניתוח בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח.		הערות
פרק י' - שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל				
		מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	20%	עד 320 ₪ ליום אשפוז, מהיום שלאחר ביצוע הניתוח, ועד 14 ימי אשפוז	ס' 3.1 - שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח	אחות פרטית
		עד 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז	ס' 3.2 - שירותי פיזיותרפיה ושיקום בעת אשפוז לאחר ניתוח	טיפול שיקומי בעת אשפוז
	20%	מבוטח עד גיל 67 זכאי לשיפוי עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון,	ס' 3.3 - סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח	סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז

		למשך תקופת האשפוז, עד 400 ש"ח ליום ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה		
		לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה	ס' 3.4 - עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל	עלות שירותי אמבולנס
20%		הוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, עד 750 ש"ח ליום החלמה, ועד 14 יום, בבית החלמה או שיקום מוכר, בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום רלוונטי.	ס' 3.5 החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בבית החלמה מוכר	החלמה בבית החלמה מוכר
20%	20%20%		ס' 3.6.1 טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום ס' 3.7 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח	טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח
20%		עד 4,000 ש"ח.	ס' 3.8 -עלות רכישת אביזרים רפואיים הנדרשים על פי המלצת רופא מומחה לאחר ביצוע ניתוח	אביזרים רפואיים
20%		סה"כ 5,000 ש"ח עבור כל השירותים המצויינים להלן בלבד עד 250 ש"ח לביקור עד 350 ש"ח לביקור עד 180 ש"ח ליום, עבור הוצאותיו בגין סיוע וטיפול סיעודי שניתנו ע"י מטפלות שאינן בן משפחה של המבוטח.	ס' 3.9- מבוטח מתחת לגיל 67, לאחר אשפוז במהלכו בוצע ניתוח, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות עבור השירותים הבאים שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף. 5.8.1 - שירותי אחות פרטית 5.8.2 - שירות רופא בבית 5.8.3 - שירות טיפול וסיוע תפקודי	שירות למבוטח המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח בישראל
הערות				
המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.				
פרק י"א – טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ביצוע טיפול רפואי בישראל באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות	ניתוח, או טיפול מחליף ניתוח, או סדרת טיפולים להקלה בכאב וסימפטומים באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, חדר ניתוח, מכשור רפואי, אביזרים, שתלים וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול.	עד לסך של 200,000 ש"ח בכל תקופת הביטוח לצורך ביצוע ניתוח, עד 20,000 ש"ח לטיפול בכאב, ועד 350 ש"ח לטיפול לטיפול בתא לחץ		20% לטיפול בכאב וטיפול בתא לחץ
ניתוח או טיפול מחליף ניתוח למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה	ס' 6 - השתתפות בעלות ניתוח או טיפול מחליף ניתוח למטרות קוסמטיות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.	אם בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם: כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם: עד לתקרה המופיע		

		באתר המבטח לאותו טיפול		
פרק י"ב - שיקומית				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ביצוע טיפולים רפואיים כדלקמן	ס' 3.1 - התייעצות עם רופא שיקומי- עד 2 התייעצויות במהלך תקופת הביטוח	800 ₪ לכל התייעצות	6 חודשים	20%
	ס' 3.2 - שיקום דיבור וראיה	עד 120 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח	6 חודשים	20%
	ס' 3.3 - התעמלות שיקומית	עד 180 ₪ לכל חודש ולתקופה של 12 חודשים	6 חודשים	20%
	ס' 3.4 - טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום	עד 160 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח.	6 חודשים	20%
	ס' 3.6 - אביזרים רפואיים	עד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח. מדרסים עד 400 ₪ אחת לשנתיים		
	ס' 3.7 מנוי למשדר קרדילוגי	עד 160 ₪ לחודש ועד 24 חודשים		
הערות	המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.			
פרק י"ג - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות	ס' 3- בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות הזכאות עפ"י סעיף זה חלה גם לגבי אם פונדקאית	עד 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. בהריון תאומים - עד 5,000 ש"ח		
	ס' 3.1-בדיקות לנשים בהריון -			
	ס' 3.2 - בדיקות גנטיות			
	ס' 3.3 - טיפול פוריות והפריה חוץ גופית למבוטחת עד גיל 45	עד 10,000 ₪ עבור כל הטיפולים עד		

המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.				הערות
פרק ט"ז רפואה משלימה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
רפואה משלימה	ס' 3.1 - רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי לטיפולים המפורטים בפוליסה	עד 120 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח	6 חודשים	20%
טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה	ס' 3.4 - השתתפות בעלות טיפול כירורגי למטרות קוסמטיות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.	אם בוצע הטיפול הכירורגי באמצעות נותן שירות שבהסכם: כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם: עד לתקרה המופיע באתר המבטח לאותו טיפול כירורגי		
המבטח ישלם את ההוצאות בפועל עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, אם יש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לסכום ההוצאות בפועל, ובכפוף לתנאי הפוליסה.				הערות

פרק א' – הגדרות כלליות

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

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

- 1.1 **אביזר רפואי:** מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני, לצורך אבחון, ניטור, הקלה, טיפול, שיקום או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פאה נוכרית לחולה אונקולוגי. **יובהר כי לעניין סעיף זה, לא יכוסה שתל כהגדרתו על פי ס' 1.58 להלן, ותרופה כהגדרתה על פי ס' 1.65 להלן, וכן לא יכוסו תותבת שיניים ו/או שתל דנטלי.**
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.4 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 1.5 **בית חולים פרטי – אחד מאלה:**
 - 1.5.1 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.
 - 1.5.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.8 **בעל הפוליסה:** מכון טכנולוגי חולון
- 1.9 **גיל המבטח:** גיל המבטח ייחשב לפי האחד בחודש בו חל יום הולדתו. לצורך קביעת זכויות המבטח ייקבע גילו לפי תאריך הלידה ביום הולדתו.
- 1.10 **גמלאי:** מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת, או שמשולמת לו אחת מאלה:

- (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.
- (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.11. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה ו/או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.
- 1.12. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.13. **המבטח או החברה:** _____ חברה לביטוח בע"מ.
- 1.14. **הסכם הביטוח:** הסכם בין המבטח לבעל הפוליסה, המסדיר את זכויות וחובות הצדדים, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו לו בעתיד.
- 1.15. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, המפרט את זכויות וחובות המבטח והמבוטח.
- 1.16. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבוטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצויינה השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.17. **ועדת הלסינקי:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונייהם.
- 1.18. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרזו ע"י משרד החוץ הישראלי או עפ"י חוק.
- 1.19. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח, לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.20. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
- 1.21. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
- 1.22. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי באמצעות מכשור או טכנולוגיה שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, והמאושרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום ביצועו, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח. הגדרה זו אינה חלה על פרקים ט' ו-ט' (1) – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- 1.23. **טיפול ניסיוני - רפואי או תרופתי:** טיפול לצורך ניסוי או מחקר, או טיפול שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלסינקי או ועדה אחרת שבאה במקומה, או טיפול לגביו נדרש אישור לניסוי קליני בבני אדם מהרשות המוסמכת במקום בו הוא מבוצע.
- 1.24. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עוזרים ו/או

- אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעלי תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.25. **יום אשפוז**: אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.26. **יועץ הביטוח**: ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.27. **ילדים**: ילדי עובד ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק ו/או ילדי אומנה.
- 1.28. **ילד בוגר**: ילדו של עובד שמלאו לו 30 שנה.
- 1.29. **ישראל**: מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.30. **מבוטח**: עובד (לרבות עובד בחל"ת כל עוד נחשב כעובד) או חבר אצל בעל הפוליסה, לפי העניין, ובן/ת זוגו, וילדיו, בני/ות זוג של ילדיו ונכדיו ("בני משפחה") אשר הצטרפו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.31. **מדד**: מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח
- 1.32. **מדד בסיס**: המדד הידוע במועד תחילת הסכם הביטוח
- 1.33. **מוטב**: הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. **יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה העובד אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג עובדים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אימו של הקטין אשר עובדת אצל בעל הפוליסה.**
- 1.34. **מחלה**: מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
- 1.35. **מנתח אחר**: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, ואשר אינו מנתח הסכם.
- 1.36. **מנתח בהסכם**: רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, ואשר במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.37. **מעבדה**: מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.38. **מקרה הביטוח**: מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן השירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.
- 1.39. **מרפאה כירורגית פרטית**: מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.40. **נותן שירות שבהסכם**: מנתח בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

- 1.41. **נותן שירות שאינו בהסכם**: מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.42. **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.
- 1.43. **סייג בשל מצב רפואי קודם**: חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.44. **סכום ביטוח מרבי**: הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.45. **עובד**: עובד אצל בעל הפוליסה.
- 1.46. **עובד סוציאלי**: מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים עפ"י חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.47. **פסיכולוג**: אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.48. **קופת חולים**: תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.49. **רופא**: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.50. **רופא מומחה**: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים ע"י הרשויות המוסמכות לכך עפ"י דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.51. **רופא מומחה בכיר**: רופא מומחה מנהל או סגן מנהל מחלקה או יחידה בבית חולים או מי שמילא תפקיד זה בעבר, או רופא מומחה הנושא תואר פרופסור.
- 1.52. **רופא מרדים**: רופא שהוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.53. **צירוף אוטומטי**: צירוף אובליגטורי של מבוטחים לפוליסה ע"י בעל הפוליסה ללא אישור מפורש מאת המבוטח. צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבו הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותו לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח אם נקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- צירוף אוטומטי לביטוח מותנה בכך שלא נדרש מהמבוטח לשאת בעלות הביטוח לרבות עלות שווי מס.

- 1.54. **צירוף בהסכמה**: צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.55. **רצף ביטוחי מלא**: מעבר בין ביטוח רפואי קודם (פרטי או קבוצתי), לביטוח רפואי חדש (פרטי או קבוצתי), לגבי כיסויי ביטוח דומים, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא סייג בשל מצב רפואי קודם, וללא הגבלה במקרה של הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.56. **שב"ן**: תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.57. **שנת ביטוח**: תקופה בת 12 חודשים רצופים שתחילתה במועד תחילת הסכם הביטוח, ותימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.
- 1.58. **שתל/אביזר מושתל**: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. **יובהר כי איבר מושתל המכוסה על פי פרק ד' לא יחשב כשתל/אביזר מושתל לעניין סעיף זה.**
- 1.59. **תאונה**: אירוע מקרי חד פעמי שנגרם מגורם חיצוני, וגרם למבוטח נזק פיזי או נפשי. **מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועני המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**
- 1.60. **תאריך תחילת הסכם הביטוח**: _____
- 1.61. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות)**: תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:
- א. אם צירופו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד בחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.
- ב. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.
- 1.62. **תקופת אכשרה**: תקופת זמן רצופה הקבועה בכל פרק מפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח בפועל לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. **יובהר כי:**
- על האף האמור בפרק ח' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון - לא תחול תקופת אכשרה לגבי עובדים אשר הגישו בקשת הצטרפות במהלך תקופת ההצטרפות - 90 ימים מהמועד שקמה זכאותם להצטרף לביטוח, אך למעט תקופת אכשרה בת 24 חודשים אשר תחול על הכיסוי לבדיקות סקר**

תקופתיות.

על אף האמור בפרקים ט' או ט'(1) – ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל, לא תחול תקופת אכשרה.

1.63. **תקופת ביטוח:** תקופה שתחילתה במועד תחילת הביטוח של המבוטח (מועד צירופו לביטוח), ומסתיימת במועד תום תקופת הסכם הביטוח. אם הסכם הביטוח יחודש לתקופה נוספת, תקופת הביטוח הנוספת תיחשב כתקופת ביטוח חדשה, וזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש. למען הסר ספק יובהר כי אם תקופת הביטוח תוארך לתקופה נוספת של עד 3 חודשים, תיחשב תקופת הארכה כאותה תקופת ביטוח, אולם המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים תקופתיות נוספות הקבועות בכל פרק או סעיף לפי העניין, באופן יחסי לתקופת הארכה.

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

1.65. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר ביוטכנולוגי או תכשיר אחר אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמיניים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

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

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

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1 מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
 - 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית מסוג עוון או פשע של המבוטח.
 - 1.3 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.
 - 1.4 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
 - 1.5 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח).
 - 1.6 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
2. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
3. סייג בשל מצב רפואי קודם:
 - 3.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 - ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
 - 3.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 3.1 (א) ו-(ב), לפי העניין.
 - 3.3 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.
 - 3.4 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר ביטוח קבוצתי קודם באמצעות בעל הפוליסה ו/או הזכאים להצטרף לפוליסה זו ברצף ביטוחי מלא.

- 3.5 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ח' וברובד ביטוח שירותים רפואיים נוספים- פרקים י"ב – ט"ז, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופות האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין.
- 3.6 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח הנדרש למלא שאלון רפואי מורחב. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- 3.7 יובהר למעלה מכל ספק כי חריג או סייג למצב רפואי קודם יחול על מבוטח הנדרש למלא שאלון רפואי קצר.

פרק ג' – תנאים כלליים

1. מהות הביטוח ביטוח קבוצתי

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.

2. מבנה הביטוח

2.1 רובד בסיס

- 2.1.1 ביטוח השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
- 2.1.2 ביטוח ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ה'.
- 2.1.3 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.
- 2.1.4 ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ז'.
- 2.1.5 מרפאת מומחים ובדיקות אבחון כאמור בפרק ח'.

2.2 רובד רשות ראשון

- 2.2.1 ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, כאמור בפרק ט', או לחילופין, ביטוח ניתוחים וטיפולים בחו"ל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית כאמור בפרק ט' (1).
- 2.2.2 שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל, כאמור בפרק י'.
- 2.2.3 טיפולים רפואיים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, כאמור בפרק י"א.

2.3 רובד רשות שני

- 2.3.1 שירותים רפואיים נוספים, כאמור בפרקים י"ב-ט"ז.

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

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

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ- _____ ועד _____ . הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים.
- 4.2 בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו. בתקופת ההארכה המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות הקבועות בפרקים ט' ו- י' באופן יחסי לתקופת הארכה.

4.3. חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח לראשונה.

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

5. דמי הביטוח

גיל המבוטח	עלות ביטוח רובד בסיסי הכולל פרקים: ד'-ח'	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח מורחב: פרקים ט', י', י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות ניתוח משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית פרקים ט(1), י, י"א	עלות ביטוח לפי רובד רשות אמבולטורי, פרק י"ב
ילד עד גיל 20				
21-40				
41-60				
61-65				
66+				

5.1. דמי הביטוח (הפרמיות) החודשיים בשקלים חדשים עבור כל מבוטח הינם כדלקמן:

5.2. דמי הביטוח צמודים למדד _____, הידוע ביום תחילת הסכם הביטוח.

דמי הביטוח לכל מבוטח כמפורט לעיל הינם קבועים וסופיים, לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או התאמת פרמיה כמפורט בסעיף 5.3 להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות, ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות שירותי היעוץ, עלות הוצאות צירוף מבוטחים, עלות קרן הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.

5.3. התאמת פרמיה

5.3.1. לאחר 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים בכל פעם (מועדי עריכת החשבון) יהיה רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.

5.3.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה לכל מבוטח בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח, אך לא יותר מתוספת בשיעור 10% מדמי הביטוח ששולמו במועד עריכת החשבון.

5.3.3. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתם למדד.

5.4. קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח, שנושא בתשלומם המבוטח, בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח, או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו. לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

5.5. על אף האמור בסעיף 5.4, המפקח על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

6. הצטרפות לביטוח

6.1. תנאי הצטרפות לרובד הבסיסי

6.1.1. הצטרפות עובדים (בתקן ושלא בתקן)

עובדים אשר יגישו בקשת הצטרפות לביטוח על פי הרובד הבסיסי תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת הסכם הביטוח, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

6.1.2. הצטרפות בני משפחה של עובד מבוטח לרובד הבסיסי

בני/ת זוגם של העובדים וילדיהם עד גיל 30 אשר יגישו בקשת הצטרפות לביטוח על פי הרובד הבסיסי תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת הסכם הביטוח, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבוטחים**

אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.

6.1.3. בקשת הצטרפות של עובד או מי מבני משפחתו אשר הוגשה בחלוף 90 ימים ממועד תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי, כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

6.2. תנאי הצטרפות לרובדי הרשות

6.2.1. הצטרפות לרובד רשות ראשון

עובדים, בניית זוגם של עובדים (בתקן ושלא בתקן) וילדיהם עד גיל 30, אשר הצטרפו לרובד הבסיסי ויגישו בקשת הצטרפות לביטוח לרובד הרשות הראשון כאמור בפרקים ט"ז-י"א, תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת הסכם הביטוח, יצורפו לרובד זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה יחולו סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 3 בפרק ב'.**

בקשת הצטרפות שהוגשה בחלוף 90 ימים ממועד תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי **כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי**, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.2.2. הצטרפות לרובד רשות שני

עובדים (בתקן ושלא בתקן), בניית זוגם של עובדים וילדיהם עד גיל 30, אשר רכשו את רובד הבסיס ורובד הרשות הראשון יהיו זכאים להצטרף לרובד הרשות השני כאמור בפרקים י"ב-ט"ז, בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי. **על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הנקובות בכל פרק לפי העניין.**

6.2.3. **מובהר כי בניית זוגם של העובדים וילדיהם יהיו זכאים להצטרף לרובדי הרשות בהם מבוטח העובד בלבד.**

למען הסדר הטוב יודגש כי העובד וכל אחד מבני משפחתו יהיה זכאי להצטרף לאחת מהחלופות הבאות:

6.2.3.1. רובד בסיס

6.2.3.2. רובד בסיס ורובד רשות ראשון

6.2.3.3. רובד בסיס, רובד רשות ראשון ורובד רשות שני.

6.3. הצטרפות עובדים חדשים ובני משפחתם

6.3.1. הצטרפות לרובד הבסיס

6.3.1.1. עובדים חדשים

עובדים שתחל העסקתם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יהיו זכאים להצטרף לרובד הבסיס בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות, ובלבד שבקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תחילת העסקתם. **על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

6.3.1.2. עובדים חדשים בתקן

מבלי לגרוע באמור בס"ק 6.3.1.1, עובדים שלא הצטרפו לביטוח ממועד תחילת העסקתם או ממועד תחילת ההסכם הביטוח, ואחר כך הוכרו כעובדים בתקן וזכאים לסבסוד בעל הפוליסה בעלות הביטוח, יהיו זכאים להצטרף לרובד הבסיס בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא הצהרת בריאות, ובלבד שבקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תחילת זכאותם לסבסוד בעל הפוליסה. **על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 3 לפרק ב' - חריגים כלליים. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

6.3.1.3. צירוף בני משפחה לרובד הבסיסי

בנית/זוגם וילדיהם עד גיל 30 של עובדים חדשים אשר יגישו באמצעות העובד בקשת הצטרפות לביטוח על פי הרובד הבסיסי תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת העסקתו, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בס' 3 בפרק ב'. על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד תחילת עבודתם), הצטרפות העובדים בני המשפחה מותנית במילוי הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. **על מבוטחים אלה לא יחולו תקופות אכשרה למעט תקופת אכשרה לגבי בדיקות סקר תקופתיות.**

6.3.2. הצטרפות לרובדי הרשות

6.3.2.1. הצטרפות לרובד רשות ראשון

עובדים חדשים ובנית/זוגם וילדיהם עד גיל 30 של עובדים חדשים אשר הצטרפו לרובד הרשות, ואשר יגישו בקשת הצטרפות לביטוח באמצעות העובד לרובד הרשות הראשון כאמור בפרקים ט"ו-י"א, תוך 90 ימים ("תקופת הצטרפות") ממועד תחילת ההעסקה, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר

קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח. **על מבטחים אלה יחולו סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בס' 3 בפרק ב'.**

בקשת הצטרפות אשר הוגשה בחלוף 90 ימים ממועד תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.3.2.2. הצטרפות לרובד רשות שני

עובדים חדשים ובניית זוגם וילדיהם אשר רכשו את רובד הבסיס ורובד רשות הראשון יהיו זכאים להצטרף לרובד הרשות השני כאמור בפרקים י"ב-ט"ז, בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי. **על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הנקובות בכל פרק לפי העניין.**

6.4. צירוף בן/בת זוג שנישא לעובד מבטח

6.4.1. בן/בת זוג אשר ת/ינשא לעובד מבטח, וילדיו/ה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של העובד (בהתאם להצהרת העובד). ההצטרפות לרובד הבסיס ו/או לרובד הרשות מותנית במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת. על מבטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בס' 4 לפרק ב' - חריגים כלליים.

6.4.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת הזוג וילדיו/ה מותנית במילוי הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.5. צירוף ילדים

6.5.1. צירוף תינוק לביטוח

6.5.1.1. תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 ימים מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו תחל למפרע במועד היוולדו.

6.5.1.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות מורחבת, אשר לאחריה יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.5.2. צירוף ילד מאומץ או ילד אומנה

6.5.2.1. ילד מאומץ או ילד אומנה של מבוטח, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 90 יום מיום האימוץ/הקבלה לאומנה, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחלו למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

6.5.2.2. בחלוף תקופה זו (90 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ/אומנה מותנית במילוי הצהרת בריאות מורחבת ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.5.3. צירוף בני/ת זוגם של ילדים מבוטחים ונכדים

ילדו של עובד המבוטח על פי פוליסה זו זכאי לצרף את בן/ת זוגו וילדיו (נכדי העובד) בכפוף לתנאי ההצטרפות הקבועים לעיל, לפי העניין.

6.5.4. צירוף ילדים בוגרים

6.5.5. ילדי עובדים-מבוטחים אשר טרם מלאו להם 30 שנה וצורפו לביטוח זה, ימשיכו להיות מבוטחים גם לאחר שמלאו להם 30 שנים.

6.5.6. ילדי עובדים-מבוטחים שמלאו להם 30 שנים, בני/ת זוגם וילדיהם יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מורחבת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו. על מבוטחים אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח.

6.6. פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות מורחבת. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. זכאותם לתגמולי ביטוח תקום לאחר תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

6.7. הצטרפות של עובד שהיה מבוטח בביטוח פרטי או קבוצתי אחר

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, עובדים שיבקשו להצטרף לביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או בביטוח קבוצתי אצל המבטח או מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות מקוצרת וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי. על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם כאמור בס' 3 בפרק ב', ולא יחולו תקופות אכשרה לגבי כיסויי ביטוח חופפים.

6.8. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות

6.8.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימים מהיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

6.8.2. לא השיב המבטח תוך 30 יום כאמור, יצורף המועמד לביטוח ללא כל סייג בשל מצבו הרפואי.

6.9. צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

6.9.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

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

3. לא יצרף המבטח מבוטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד, במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

6.9.2. סעיף 6.9.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל

אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

1. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

6.9.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף 6.9.1 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד.

3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים הפוליסה טרם חידושה;

לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

(א) ניתוחים.

(ב) תרופות.

(ג) השתלות.

(ד) מחלות קשות.

(ה) שיניים.

(ו) תאונות אישיות

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

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

6.10.2. על אף האמור בסעיף 6.10.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.

(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

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

(2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.

(3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.

(4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה.

(5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

(6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

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

6.11. מתן הודעות למבוטח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

6.11.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה

ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 6.9 או סעיף 5.4, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 6.9.2(2). לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

6.11.1.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכך יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

6.11.1.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 16.3 ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

6.12. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

6.12.1. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה, ישלח המבטח בתוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

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

6.12.3. אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

6.12.4. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

6.12.5. אין באמור כדי למנוע מהמבטח לבקש מבעל הפוליסה אישור לפיו המועמד לביטוח זכאי להצטרף לביטוח הקבוצתי על פי פוליסה זו.

6.13. מבוטח שהצטרף לביטוח בנסיבות המחייבות מילוי הצהרת בריאות, יחתום על הצהרה בדבר ויתור על סודיות רפואית. לחברה תעמוד, בשלב הגשת התביעה, הזכות לברר חבותה לרבות, הזמנת תיקים רפואיים, ככל שהתברר שהמבוטח לא הצהיר על מצבו הרפואי בשלב הצטרפותו לביטוח.

6.14. חובת גילוי

הציגה החברה למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם 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 עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם הייתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.

6.14.1. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

6.14.2. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

6.14.3. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלה, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח לבין, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

6.14.3.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

6.14.3.2. מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.

6.14.4. החברה לא תהיה זכאית לתרופות המפורטות בסעיף 6.14.26.14.4 לעיל בכל אחת מאלה,

אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מירמה :

6.14.4.1. היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא

גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

6.14.4.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני

שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על

היקפה.

6.14.5. בנוסף לא תהיה החברה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעברו שלוש

שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

7. השירות למבוטחים

7.1. שעות פעילות המוקד יהיו בימים א' – ה' בין השעות 08:00 ל- 16:00. בימי ו' ובערבי חג שעות הפעילות

תהיה במתכונת מצומצמת בהתאם לזמני התגובה כאמור בסעיף 7.2 להלן.

7.2. 80% מהפניות הטלפוניות למוקד יענו תוך 180 שניות.

7.3. במהלך כל שלבי ההמתנה, מרגע שהתקשר המבוטח ועד אשר נענה על ידי המוקדן (ללא חשיבות לזמן

ההמתנה של המבוטח), ואף בתום זמן ההמתנה, תוצע למבוטח האפשרות להשאיר הודעה במענה קולי

שיוקצה לצורך כך, כאשר ההודעות ממענה זה יאספו בכל שעה לפחות. המוקדנים יחזרו ללקוח בתוך

פרק זמן שלא יעלה על יום עסקים אחד. לאחר שעות העבודה של מוקד השירות, יופעל מענה קולי

להודעות אשר יאספו במהלך שעות העבודה ביום העבודה העוקב.

7.4. פניות שיתקבלו באתר האינטרנט והודעות שיושאר במענה הקולי, ייענו ביום העבודה העוקב לכל

המאוחר.

7.5. נותן השירות מתחייב כי במוקד השירות הטלפוני יימצא כל הידע המקצועי הנדרש באשר לזכויות

המבוטחים בפוליסה, וזכויות המבוטחים במסגרת ביטוחי השב"ן השונים.

8. תביעות

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

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה

ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

8.2. בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח

(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על

המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את

המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל,

להשיגם.

8.3. הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח

- (א) לא קויימה חובה לפי סעיף 8.1 או לפי סעיף 8.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- (1) החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות;
- (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- (ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 8.4 מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, והאם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.
- 8.5 **יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, הוצאות רפואיות מיוחדות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, ותרופות שלא בסל הבריאות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.**
- 8.6 אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 8.5 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.
- 8.7 **למרות האמור בס' 8.5 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו עפ"י פוליסה זו, ובסכום חבות המבטח אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.**
- 8.8 יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או מטפל, ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.
- 8.9 **זמני טיפול בתביעה**
- 8.9.1 המבוטח רשאי להגיש את מסמכי התביעה באמצעות הדואר, פקס, דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 8.9.2 עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS או מייל המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המירבי הנדרש לסילוק התביעה.
- 8.9.3 המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שייגש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.
- 8.9.4 אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח למבוטח בשיחה טלפונית או במייל, או במסרון ויעדכנו לגבי

המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים. בהיעדר מענה מאת המבוטח תישלח גם הודעה בדואר ישראל.

8.9.5. המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם ברור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

8.9.6. לא טופלה התביעה תוך פרק הזמן הקבוע בס' 8.9.5, יהיה זכאי המבוטח לפנות ליועץ הביטוח, וזה יהיה מוסמך לאשר או לדחות את התביעה עפ"י המידע והמסמכים שהגיש המבוטח.

8.9.7. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח תוך 30 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הדרושים לברור חבותו על החלטתו.

8.10. **סייג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השירות הרפואי מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים, לרבות לגבי נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.**

9. תגמולי ביטוח

9.1. מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תוכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פוליסה זו.

9.2. **תשלום תגמולי ביטוח ע"י המבטח**
עם אישור התביעה ע"י המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

9.2.1. התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

9.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח לפי העניין.

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

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

9.2.2. השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

9.2.2.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותן השירות, או לשלם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים

את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחייו או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח הקדמת התשלום למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי. **יובהר כי תנאי סעיף זה לא יחולו על פרק הניתוחים בישראל לפיהם ניתוח יבוצע רק באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח.**

9.2.2.2. המבוטח ימסור למבטח את כל הקבלות (מקור/ העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או איזור אישי.

9.2.2.3. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

9.3. **אם שולמו למבוטח מלוא תגמולי הביטוח עפ"י סעיף או פרק מסוים בפוליסה זו, בשל מיצוי מכסות הטיפולים הקבועות בו, או מיצוי תקרת ההחזר, ימשיך המבוטח לשלם את מלוא דמי הביטוח אולם לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי אותו סעיף או פרק.**

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

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

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

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

10. ערעור על החלטת המבטח

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

10.2. יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

10.3. החלטתו של יועץ הביטוח תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

10.4. יועץ הביטוח ידון בפניה שהוגשה אליו לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מהיום בו הוגשה אליו הפניה.

10.5. רופא אמון

10.5.1. במקרה שבו מתגלעת מחלוקת רפואית, בסמכות יועץ הביטוח למנות רופא מומחה בתחום לו נוגעת המחלוקת (להלן בסעיף זה: "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

10.5.2. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות המבוטח והמבטח, ולאחר מכן יכריע בתביעה.

10.5.3. החלטתו של המומחה תחייב את המבטח.

10.6. למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

11.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

11.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

11.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

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

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

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

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

13. הצמדה

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

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

13.3. מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

14. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

- 14.1. המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הביטוח הקבוצתי במהלך תקופת הביטוח. למרות האמור המבטח רשאי לבטל את הביטוח למבוטח מסוים על פי התנאים הקבועים בחוק חוזה הביטוח.
- 14.2. ביטול הפוליסה למבוטח מסוים מותנה בכך שהמבטח יודיע מראש לבעל הפוליסה, בהודעה מפורטת על סיבת הביטול ויתן הזדמנות לבעל הפוליסה לטעון נגד ביטול הפוליסה.
- 14.3. אם לא שולמו דמי הביטוח או חלקם, ולא שולמו תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי הביטוח עבורו יתבטל כעבור 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.
- 14.4. מבלי לגרוע מכל סעד או זכות אחרת העומדים למבטח על פי כל דין, במקרה של אי תשלום פרמיה ע"י מבוטח, המבטח יהיה זכאי לעכב כל תשלום ו/או טיפול במבוטח.
- 14.5. למרות האמור, הצהרה בכתב של בעל הפוליסה לפיה אי תשלום דמי ביטוח בגין מבוטח ו/או קבוצת מבוטחים מקורו בטעות שבתום לב, תאפשר תשלום רטרואקטיבי של דמי הביטוח ותמנע ביטול הביטוח.

15. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה

- מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה אצל המבטח לגבי כל המבוטחים, ובלבד שנערך הסכם ביטוח חלופי אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח.

16. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

- 16.1. המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 16.2. יובהר כי ביטול הפוליסה של העובד המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי העובד לא יהווה ביטול הביטוח של העובד.
- 16.3. יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בס' 18 להלן.

17. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לס' 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

- 17.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 6.9.2, והודיע המבוטח בכתב למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

17.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בס' 6.9 או בס' 5.4 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בס' 2.6.9(2). לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

17.3. על אף האמור בס' 17.2 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

18. תום הביטוח ו/או הפסקתו

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

18.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין המבטח לבעל הפוליסה.

18.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

18.1.3. לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח בקשת המבוטח להפסיק את הביטוח.

18.1.4. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כ"א, על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

18.1.5. מות המבוטח.

18.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 18.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

19. המשכיות

19.1. סיום ההסכם או ביטולו

19.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש לכלל המבוטחים או לחלק מהם, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

19.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 30% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לתקופה בת 3 שנים. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.1.3. בכפוף להוראות ס' 6.11, המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

19.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זו.

19.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 19.1.4 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה מבוטח על פי פוליסה זו, ואשר מוצעים באותה עת ע"י המבטח לכלל האוכלוסייה. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

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

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

19.1.9. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים וההנחה המוצעת.

19.2. המשכיות הביטוח עקב סיום עבודתו אצל בעל הפוליסה

19.2.1. מבוטח שסיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

19.2.2. דמי הביטוח בפוליסה הפרטית יהיו בהנחה בשיעור של 30% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לתקופה בת 3 שנים. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.2.3. על אף האמור בסעיף 19.2.2. לעיל, מבוטח שסיים את עבודתו עקב הגיעו לגיל פרישה על פי חוק, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 15% לכל תקופת הביטוח.

19.2.4. עם היוודע למבטח על סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים.

19.2.5. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה מיום סיום העסקתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.

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

19.3. המשכיות הביטוח במקרה של גירושין

19.3.1. בוטל הביטוח של בן/ת זוגו של עובד, וילדי בן/בת הזוג, עקב גירושין, יהיו זכאים הגרוש/ה

וילדיו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא.

19.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 30% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לתקופה בת 3 שנים. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

19.4. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת עובד

מובהר כי שאיריו של עובד שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, עד תום תקופת ההסכם, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.

19.5. יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.

19.6. זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד

עובד שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל המבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

20. שינויים בפוליסה

20.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

20.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבוטחים עד סוף תקופת הביטוח.

20.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5.4 ו- 6.11 לעיל, לפי העניין.

21. אחריות המבטח לגבי טיפולים המבוצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל בהתאם לתנאים והסייגים הקבועים בכל פרק, לפי העניין, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה

טרם יציאתו של המבוטח לחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף טיפול רפואי המכוסה במסגרת ביטוח נסיעות לחו"ל.

22. התיישנות

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

23. חוק הביטוח

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

24. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

25. מקום שיפוט

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

26. פרשנות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החביונות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

רונד בסיס

פרק ד' – השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות
- 1.1 **הוצאות אשפוז**: סך ההוצאות הממשיות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, כולל בייח שיקומי, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.2 **הוצאות חדר ניתוח**: כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
- 1.3 **הטסה רפואית**: הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4 **השתלה**:
- 1.4.1 הגדרת השתלה מתייחסת לאיברים הבאים, ואליהם בלבד: ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), ואשר עונה על 2 התנאים המצטברים הבאים:
- א. כריתה והוצאה מגוף המבוטח של אחד או יותר מהאיברים לעיל.
- ב. השתלה של איבר שלם במקומם, או הוספת איבר שלם, (בנסיבות בהם לא בוצעה כריתה או הוצאה של האיבר מגוף המבוטח), לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. כמו כן תכוסה עפ"י פרק זה השתלת אונה של כבד או אונה של ריאות שנלקחו מאדם אחר. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.4.2 השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**
- 1.5 **טיפול מחליף ניתוח**: טיפול רפואי, באמצעות מכשור או טכנולוגיה שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, והמאושרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום ביצועו, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

- 1.6 **טיפול מיוחד בחו"ל**: כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:
- 1.6.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.
- 1.6.2 אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
- 1.6.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.6.4 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.
- 1.6.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.
- 1.6.6 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
- 1.6.6.1 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.
- 1.6.6.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
- לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
- 1.6.6.3 על פי הניסיון שנצבר במהלך ה-24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.
- 1.7 **ניתוח**: פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, 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.

2. מקרה הביטוח

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

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

3. הכיסוי הביטוחי

3.1. כיסוי הביטוח במקרה של השתלה:

המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

3.1.1. מסלול שיפוי:

3.1.1.1. ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח

אם ההשתלה בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות עבור השירותים המפורטים בסעיף 3.1.1.4 להלן ללא תקרת עלות כוללת, ועד הסכום הנקוב לגבי אותו שירות, ככל שנקוב כזה.

לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע השתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתיאום עם המבטח").

3.1.1.2. ביצוע השתלה שלא בתיאום עם המבטח

במקרה של ביצוע ההשתלה שלא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 4,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

3.1.1.3. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח עפ"י ס' 3.1.1. לשיפוי המבוטח בגין ביצוע השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

3.1.1.3.1. נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

3.1.1.3.2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

3.1.1.4. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה בחו"ל

3.1.1.4.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.1.1.4.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול ובדיקות רפואיות שניתנו למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לרבות לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.1.1.4.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושטל, קצירת האיבר המושטל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 200,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.1.1.4.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

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

3.1.1.4.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

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

3.1.1.4.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.

3.1.1.4.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

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

3.1.1.4.8. **הוצאות הטסת רופא:**

בנוסף לאמור בס' 3.1.1.4.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.1.1.4.9. **הוצאות הטסה רפואית:**

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

3.1.1.4.10. **הוצאות העברה יבשתית:**

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

3.1.1.4.11. **הוצאות מגורים וכלכלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של

800 ש"ח ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,200 ש"ח לכל יום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי להשתלה כמצוין בס"ק 3.1.1.1 ו 3.1.1.2 לפי העניין.

3.1.1.4.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנוותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע השתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות הכוללת של המבטח הקבועה בס"ק 3.1.1.1 ו 3.1.1.2 לפי העניין.

חבות המבטח על פי סעיף זה הינה בתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חווי"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.1.1.4.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד השתלה עד לסכום של 100,000 ₪. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח, בוצעו במבוטח מספר השתלות המשך הטיפול יסתיים 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או השתלה האחרונה וסה"כ ההחזר עבור כלל המשך הטיפולים בישראל לא יעלה על סך של 100,000 ₪.

3.1.1.4.14. הוצאות הטסת גופה:

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

3.1.1.4.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע השתלה.

3.1.1.4.16. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא

בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

- 3.1.2 **מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה:**
המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלה במפורט להלן:
- 3.1.2.1 המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה.
- 3.1.2.2 על אף האמור לעיל, הפיצוי לפי סעיף קטן 3.1.2.1 לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.
- 3.1.2.3 למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.1.1.4 רבתי לעיל.
- 3.2 **סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:**
- 3.2.1 אם הטיפול המיוחד בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת.
- 3.2.2 במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד לא בתיאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3.2.3 **תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל**
המבטח יישא בעלות עבור השירותים הרפואיים הקבועים בסעיף 3.1.1.4 רבתי ועד הסכומים הקבועים בסעיפי המשנה 3.1.1.4.1-3.1.1.4.16 לפי העניין. לעניין סעיף זה בכל מקום המופיע המילה "השתלה" יבוא "טיפול מיוחד בחו"ל".
- 3.3 **גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, או לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל:**
- 3.3.1 **גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל**
לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח, בחייו, לגמלה חודשית כדלקמן:
- 3.3.1.1 למבוטח מעל גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 5,000 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.
- 3.3.1.2 למבוטח עד גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך 2,500 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.
- 3.3.1.1.2 **גמלה עפ"י ס' 3.3.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת מח עצם.**
- 3.3.1.3 אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח שגילו מעל 21 שנים, לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 6 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול. **תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.**
- 3.3.1.4 יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף זה.

3.3.2. גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל

מבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כדלקמן:

3.3.2.1. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת

החלמה בסך 3,500 ש"ח לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.3.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי

לגמלת החלמה בסך 1,750 ש"ח לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

4. תנאי לחבות המבטח

4.1. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצויינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4.2. תנאי לחבות המבטח לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.

5. חריגים לפרק זה

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

5.1. השתלות וטיפולים ניסיוניים.

5.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.

5.3. על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.

5.4. לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלת מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או השתלת עצם או רקמה (כגון מפרק ברך או ירך) לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.

5.5. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

5.6. ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצויינים בתנאים הכלליים.

פרק ה' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

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

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

- 1.1 **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל**: טיפול רפואי באמצעות מכשור או טכנולוגיה שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, והמאושרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום ביצועו, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.
- 1.2 **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.
- 1.3 **שירותי ניתוח ואשפוז**: שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

2. מקרה הביטוח

2.1 **ניתוח בחו"ל**

2.1.1 **מקרה הביטוח**

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

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

2.1.2 **תגמולי הביטוח**

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

2.1.2.1 **שירותי ניתוח ואשפוז:**

2.1.2.1.1. המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.1.2.1.2 **תנאי לחבות המבטח**

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה כי הניתוח בחו"ל בוצע בתיאום עם המבטח. לעניין זה "תיאום עם המבטח": אישור מראש על

זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

2.1.2.1.3. אם פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור מראש על זכאותו לבצע הטיפול בחו"ל ו/או לצורך תיאום הניתוח עם נותן השירות בחו"ל, והמבטח לא תיאם את הניתוח, ונבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול הרפואי במועדו, המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז אשר שולמו לנותן השירות בפועל ועד לסך של 1,200,000 ₪.

2.1.2.2. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים

המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.1.2.3. שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל

המבטח ישפה את המבוטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבוטח לישראל, בשיעור 80% ועד 2,500 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.2.1. מקרה הביטוח

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

2.2.2. תנאי לחבות המבטח

המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

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

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

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

2.2.3. תגמולי הביטוח

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

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

2.2.3.3. עלות טיפול מחליף ניתוח תכלול את ההוצאות הבאות :

2.2.3.3.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

2.2.3.3.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

2.2.3.3.3. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח,

עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

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

בנוסף לאמור בסעיפים 2.1 ו- 2.2 לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים :

3.1. כיסוי להוצאות הטסה :

במקרה שתקופת האשפוז בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 5 ימים, יישא המבטח בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה לחו"ל, של המבוטח ושל מלווה אחד, לצורך ביצוע הניתוח, וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה כאמור עבור שני מלווים שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. כיסוי להוצאות הטסה רפואית :

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

3.3. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה :

במקרה שתקופת האשפוז בבית החולים והשהות של המבוטח בחו"ל יהיו מעל 7 ימים, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל, ישתתף המבטח בשיעור 80% מהוצאות השהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 700 ש"ח ליום, ועד 30 ימים שתחילתם במועד האשפוז בבית החולים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכול בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח :

המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 700 ש"ח ליום, ועד 8 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה :

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

4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.

4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

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

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים :

5.1. ניתוחים או טיפולים רפואיים ניסיוניים.

5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם BMI גבוה מ-40, ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.

5.3. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו.

5.4. טיפולי פרויז או הפריה וכל בדיקה הקשורה בהריון.

5.5. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.

5.6. ניתוחים או טיפולים כתוצאה ישירה מפעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.

5.7. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'. בכל מקרה לא יחול כפל ביטוח בין פרק ד' לבין פרק זה.

פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1. **טיפול תרופתי**: נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך על פי מרשם.
 - 1.2. **מרשם**: מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
 - 1.3. **תרופה**: חומר כימי או ביולוגי או תכשיר ביוטכנולוגי או תכשיר אחר אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. **מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.**
- ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי.

2. מקרה הביטוח

נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך במהלך תקופת הביטוח, ואשר מתקיימת על פי אחת מההגדרות הבאות:

- 2.1. **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**
כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות: ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).
- 2.2. **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**
כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA, או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.
- 2.3. **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**
כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה- FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopeia Drug Information Drugdex Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II
 - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - א. NCCN
 - ב. ASCO
 - ג. NICE
 - ד. ESMO Minimal Recommendation
- 2.4. **תרופת יתום** – חומר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).
- 2.5. **טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית**
 - מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בס' 2.1-2.4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:
 - 2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא מומחה כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד עפ"י תקנה 29 א (3).
 - 2.5.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 - 2.5.3. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסווגה ע"י ה- FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation").
 - 2.5.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על אבחון גנטי או גנומי שבוצע במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

2.5.6. תרופה שאושרה לביצוע ניסויים רפואיים קליניים בבני אדם- (Investigational) IND (New Drug (New Drug Therapies CAT), או ע"י ה- Committee for Advanced) של סוכנות התרופות האירופאית – EMA , בשלב שאושר ה NDA עבור התרופה (New Drug Application).

3. תגמולי ביטוח

3.1. סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

3.1.1. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

3.1.2. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ו/או האביזר או השתל לצורך החדרת התרופה, יהיה בסך 800,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

3.1.3. יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר, ועד תקרת חבות המבטח, לפי העניין.

3.2. השתתפות עצמית

3.2.1. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.

3.2.2. למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות העצמית.

3.2.3. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 1,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

3.2.4. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

4. ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

5. טיפול בקנאביס רפואי

המבטח יישא בשיעור 80% מעלות רכישת קנאביס רפואי, בתפוחת או בשמן, ועד 400 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים.

לעניין סעיף זה "קנאביס רפואי" – לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח או בסימפטומים הנובעים ממצבו הרפואי, על פי המלצה מאת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות, ובלבד שרכישת הקנאביס תבוצע בבתי מרקחת המורשים ע"י משרד הבריאות.

6. תנאי לחבות המבטח

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

7. חריגים מיוחדים

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

- 7.1. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור תרופה אותה נטל טרם הצטרפותו לביטוח. למרות האמור מבטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי.
 - 7.2. תרופות הניתנות במסגרת ניסוי קליני. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות נסיוניות לעניין פרק זה.
 - 7.3. תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפול שיניים.
 - 7.4. טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפול אנטי אייג'ינג, או מניעת עישון.
 - 7.5. תרופה למטרות דיאטה למעט של מבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 7.6. ויטמינים או תוספי מזון או באמצעות קנאביס רפואי למעט האמור בסעיף 4 או 5 לעיל, לפי העניין.
 - 7.7. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:
- המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.
- למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. הגדרות לפרק זה:

טיפול רפואי: כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי למצות, עלות שירותי מחקר ומידענות רפואית, איתור נותני שירותים בארץ ובחו"ל, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות על פי הוראת רופא מומחה, שירותי ניתוח ואשפוז עבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה במהלך האשפוז, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום מכל סוג שהוא, טיפול בכאב, שימוש באביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, (לרבות פיאה עקב טיפול במחלת הסרטן), הוצאות העברה באמבולנס הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, וכן טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.

2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. רשימת המחלות והאירועים הרפואיים המזכים בתגמולי ביטוח

א. **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.

ב. **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.

ג. **אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד ;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה ;
3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7 ;
4. צהבת, מעמיקה ;

ד. **אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure)** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

ה. **אנמיה אפלסטית קשה (Severe Aplastic Anemia)**

כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
- ו. **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.
- ז. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- ח. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה יותירו נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- ט. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מוח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- י. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:
1. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.
 2. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- יא. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- יב. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחרס נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- יג. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

- יד. **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** -פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או בחומר או נוזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% משטח
- טו. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver Disease) (Cirrhosis)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
1. צהבת;
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 4. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזיס.
- טז. **מחלת ריאות חסימתית ורסטורקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease)** - מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
- או מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רסטורקטיבית קשה בתפקודי הריאה.
- יז. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי נויורולוג מומחה.
- יח. **ניתוח גדול** – ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב (CABG) צנתור טיפולי של העורקים הכליליים באמצעות סטנט או בלון, **מובהר כי צנתור אבחוני אינו מכוסה על פי סעיף זה**, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, (Open Heart Surgery for Repair Valve or replacement) תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן (Aorta), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי- מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון, של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.
- יט. **סוכרת נעורים מסוג MELLITUS-DIABETES** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.
- כ. **סרטן (cancer)**
- נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

- מחלת הסרטן תכלול גם לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. על אף האמור מחלת הסרטן תכלול גם גילוי סרטן מוקדם- גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים – (in situ)
- כא. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- כב. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- כג. **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage)** – 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).
- כד. **פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- כה. **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.
- כו. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- כז. **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.
- כח. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- כט. **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).
- ל. **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.
- לא. **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 60 יום.

לב. **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:

1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ושהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או נכות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

2. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 50%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת או התאונה. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.

3. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 2013-1-5 לתקופה העולה על 6 חודשים. יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

הגדרת המחלות:, גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, עיוורון, סרטן, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 2015-1-17.

4. תגמולי הביטוח

4.1 **זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה לאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח.**

4.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות בפועל ועד לסך של 50,000 ₪, עבור הוצאות רפואיות בגין גילוי מחלות או אירועים רפואיים המפורטים בסעיף 3 בפרק זה, שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. במקרה של גילוי מחלת הסרטן סכום הביטוח המרבי יהיה 100,000 ₪.

4.3 על אף האמור בסעיף 4.2, המבטח ישפה את המבוטח עבור השירותים המצוינים להלן, בשיעור מההוצאה בפועל ועד הסכום המירבי הנקוב לגבי אותו טיפול:

4.3.1 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי מוקדם של סרטן - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.

4.3.2 עבור צנתור טיפולי באמצעות בלוו או סטנט - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.

4.3.3 תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד - עד 400 ₪ לחודש ועד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.

4.3.4 עבור שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל - עד 4,500 ₪.

4.4 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירעו מקרי ביטוח נוספים, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4 זה, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

פרק ח' - מרפאת מומחים ובדיקות אבחון

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א', תהיה למומחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם:

- 1.1 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.2 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה – אולטרסאונד (*U.S.*), טומוגרפיה ממוחשבת (*C.T.*), בדיקת תהודה מגנטית (*M.R.I.*) מכל סוג שהוא, מיפוי *PET*, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').
- יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**
- 1.3 **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.4 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.5 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח. או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

3. מרפאת מומחים

3.1 התייעצות עם רופא מומחה

- 3.1.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה.
- 3.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 800 ₪ לכל התייעצות.
- 3.1.3 המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.
- 3.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

3.2 שירות "רופא מלווה"

- 3.2.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,500 ש"ח, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימים למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.

3.2.2 תנאי לחבות המבטח

שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת יעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.

3.2.3 חריגים לפרק זה- לא יכוסו עפ"י פרק זה:

- 3.2.3.1 בעיות בהתפתחות הילד.
- 3.2.3.2 טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
- 3.2.3.3 יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.
- 3.2.3.4 טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.
- 3.2.3.5 פוריות, הריון או עקרות.
- 3.2.3.6 טיפולים ברפואה משלימה.

3.3 חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי

המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה, פעם אחת בתקופת הביטוח, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 2,500 ₪.

- 3.4 **חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל**
- 3.4.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה אך לא יותר מ- 7,000 ₪, עבור התייעצות שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 3.4.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 3.4.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 850 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 3.4.4 יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 3.4.5 **יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.**

4. **בדיקות אבחוניות**

- 4.1 **בדיקות רפואיות אבחנתיות**
- המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו. חבות המבטח הינה עד 12,000 ש"ח לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.
- יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ- 250 ש"ח לכל בדיקה.**
- 4.2 **בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה**
- המבטח ישתתף במלוא עלות בדיקות גנטיות או גנומיות שפוענחו במעבדה מורשית בארץ או בחו"ל, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 4.3 **חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית**
- המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 800 ₪ עבור כל התייעצות.

5. **שירותי אבחון מהיר**

- 5.1 מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח על פי סעיפים 3 ו-4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור שירותי "אבחון מהיר" הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל. הזכאות הינה לאבחון בסיסי או מקיף, (אחד משניהם) פעם אחת בכל שנת ביטוח. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מהעלות בפועל עבור האבחון ולא יותר מהסכומים הקבועים להלן:
- 5.1.1 עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): 250 ₪
- 5.1.2 עבור תהליך אבחון מקיף: (תוך 7 ימי עבודה): 600 ₪
- 5.2 בסעיף זה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת לצידם:

- 5.2.1 רופא ממייך – רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממייך בקשר למתן שירות אבחון מהיר במועד קבלת השירות בפועל.
- 5.2.2 תהליך אבחון : תהליך רפואי שעובר מבוטח לפי החלטת הרופא הממייך, או רופא מומחה אליו הופנה המבוטח ע"י הרופא הממייך כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה על פי סימנים ותסמינים.
- 5.2.3 תהליך אבחון בסיסי : פגישה ראשונית עם רופא ממייך, הכוללת : הכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, בדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 5.2.4 תהליך אבחון מקיף : שירות "רופא ממייך" הכולל :
- 5.2.4.1 תהליך אבחון בסיסי.
- 5.2.4.2 התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים אליו הופנה המבוטח ע"י הרופא הממייך.
- 5.2.4.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממייך או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.
- 5.2.4.4 פגישת סיכום עם רופא הממייך ומתן המלצות להמשך טיפול.

5.3 תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

- 5.3.1 פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממייך תואמה תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבוטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עבודה ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממייך.
- 5.3.2 השירות ניתן ע"י בית החולים פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם איתו.
- 5.3.3 התשלום עבור השירות במלואו שולם לבית החולים הפרטי.
- 5.3.4 יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או בפוליסה.

6. בדיקות סקר למבוטחים מעל גיל 40

- 6.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% ועד 500 ₪ מההוצאה עבור ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), אשר כוללת בין היתר את הבדיקות הבאות : בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקות תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב- א.ק.ג. ו/או ארגומטריה.
- 6.2 הזכאות לביצוע בדיקות סקר הינה אחת בכל 2 שנות ביטוח.
- תקופת אפשרה לסעיף זה 24 חודשים**

7. חריגים לפרק זה :

- 7.1 התייעצויות או בדיקות הריון.
- 7.2 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

- 7.3 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 7.4 התייעצויות או אבחונים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ח- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

פרק ט' - ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

1. הגדרות לפרק זה
- 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 הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות:** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית:** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 **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;
- 1.6 **קופת חולים:** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;
- 1.7 **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;
- 1.8 **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9 **תקופת אכשרה:** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת אכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 **הסדר ניתוח:** הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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

2. **מקרה הביטוח**

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

3. **הכיסוי הביטוחי**

פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם - ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.

3.2 שכר מנתח;

3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח. בכתובת: _____

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

4. **תקופת אכשרה**

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. לגבי להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

5 **חריגים לכיסוי**

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול, שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 5.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטירתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 5.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו למבטח לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם למבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

פרק ט'(1) - ביטוח לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן עם

השתתפות עצמית

זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח עפ"י "מסלול משלים שב"ן" מותנית במיצוי זכאותו במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, כמפורט להלן.
המבוטח יפנה תחילה לשב"ן בו הוא חבר, וימצה את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן. לאחר מכן, ומוקדם ככל שניתן, יעביר המבוטח למבטח את אישור הזכאות הכתוב שקיבל מהשב"ן.
יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

1. הגדרות לפרק זה:

- 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 הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות**: התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, ובין אם בוצעה אחריו;
- 1.3 **הסדר ניתוח**: הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.4 **הסדר התייעצות**: הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.5 **טיפול מחליף ניתוח**: טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 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 הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.7 **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;

- 1.8 **קופת חולים**: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ;
- 1.9 **רופא מומחה**: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמם כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות ;
- 1.10 **שתל**: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי ;
- 1.11 **תקופת אכשרה**: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה ; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. **מקרה הביטוח**

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

3. **הכיסוי הביטוחי**

- פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד :
- 3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו ; אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.
- 3.2 שכר מנתח ;
- 3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית ; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח ;
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח ; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח, בכתובת: _____

4 **תגמולי ביטוח**

- 4.1 **ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן**
- אם בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן או קופת החולים בו המבוטח חבר, והמבוטח נדרש לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטח

במלוא השתתפות העצמית.

4.2 ביצוע ניתוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן

במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח מסיבה כלשהי, לרבות אם הניתוח בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסדר ניתוח עם השב"ן (רופא, מוסד רפואי, ספק ציוד, אביזרים, או שתלים בהם נעשה שימוש במהלך הניתוח), או אם המבוטח בחר שלא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו, יישא המבטח בעלות הניתוח עד הסכום הנקוב באתר המבטח לאותו סוג ניתוח, בניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטח ועד 3,000 ₪. ההשתתפות העצמית תחול לגבי כל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ותשולם ישירות ע"י המבוטח לנותן השירות.

4.3 על אף האמור בס' 4.2, אם הניתוח אינו כלול בסל השירותים של השב"ן, או אם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר או קבע, יהיה המבוטח פטור מתשלום השתתפות עצמית.

5 תקופת אכשרה

5.1 תקופת אכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות הינה בת 90 ימים.

5.2 לגבי הריון או לידה תהיה תקופת האכשרה בת 12 חודשים.

6 חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

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

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

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;

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

6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;

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

- 6.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה, או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7 הצטרפות ל"ביטוח ניתוחים מ"שקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

- 7.1 מבוטח שהצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" עפ"י פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתוכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתוכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את הפוליסה לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, במסגרת פוליסה פרטית, הכוללת את הכיסויים הביטוחיים המצוינים בפרק זה. ההצטרפות לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה ברצף ביטוחי מלא, ותיכנס לתוקפה בדיעבד ממועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
- 7.2 מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, ברצף ביטוחי מלא, מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן.
- 7.3 בקשת הצטרפות לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כרוכה במילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח.
- 7.4 דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה על פי התעריף המוצע לכלל האוכלוסייה ע"י המבטח, בהתאם למגדר וגיל המבוטח במועד הרכישה.

- 8 מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה על פי התנאים הקבועים בפרק זה, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר, וכי הוראות קופות החולים ו/או תכניות השב"ן ותנאיהן לא יחולו על פרק זה.

פרק י' – שירותי אשפוז, סיוע ושיקום לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל

1. **מקרה הביטוח**

שירות רפואי או שיקומי שניתנו למבוטח בישראל, במהלך תקופת הביטוח, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.
2. **תנאי לחבות המבטח**
 - 2.1. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לגבי טיפולים המצוינים להלן, והם בלבד, שניתנו למבוטח במהלך האשפוז או לאחר השחרור מבית חולים או המרפאה הכירורגית בישראל, במהלכם בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, (להלן "תקופת הזכאות").
 - 2.2. בנסיבות בהן יבוצע ניתוח חוזר עקב אותה בעיה רפואית, תסתיים תקופת הזכאות במועד ביצוע הניתוח החוזר. לאחר ביצוע הניתוח החוזר תימנה תקופת הזכאות מחדש.
 - 2.3. יובהר כי אם במהלך האשפוז בוצעו מספר ניתוחים, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עבור שירותים שניתנו לו לאחר השחרור מאשפוז, ועד התקופה הקבועה בכל סעיף, לפי העניין.
3. **תגמולי ביטוח**

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

 - 3.1. **שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח**

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכוח עזר (שלא ע"י בן משפחה) בעת שהותו של המבוטח בבית חולים בישראל, עד 320 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
 - 3.2. **טיפול שיקומי בעת אשפוז**

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 320 ש"ח לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז של המבוטח בבית חולים שיקומי.
 - 3.3. **סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח**
 - 3.3.1. מבוטח שגילו עד 67 שנים, שאושפז בבית חולים בישראל, לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון, הסמוך לבית החולים למשך תקופת האשפוז, ולא יותר מ- 400 ש"ח לכל יום, לכלל בני המשפחה, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.
 - 3.3.2. הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.
 - 3.3.3. מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.

3.4. עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. **יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.**

3.5. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר

אם בוצעו במבוטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.6. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח

3.6.1. המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 240 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
3.6.2. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3.7. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 200 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

3.8. אביזרים רפואיים

3.8.1. המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור אביזרים רפואיים שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח ונדרשים עקב ביצוע הניתוח, ועד לסך מצטבר של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3.8.2. חריגים לסעיף זה

- 3.8.2.1. לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפולי שיניים.
- 3.8.2.2. לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית.
- 3.8.2.3. לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.
- 3.8.2.4. לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

3.8.2.5 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.9 שירות למבוטח המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח להשתתפות המבטח עבור השירותים והטיפולים על פי פרק זה, מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובמועד שחרורו נמצא כמי שמרותק לביתו, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד 5,000 ש"ח עבור השירותים המצויינים להלן בלבד, שניתנו לו במקום מגוריו, במהלך 90 ימים ממועד השחרור מבית החולים, ועד הסכומים הקבועים בכל סעיף לפי העניין.

3.9.1 שירותי אחות פרטית

שירותי אחות בבית המבוטח, לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוני, הכנסה או החלפה קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים וכדומה, עד 250 ש"ח לכל ביקור.

3.9.2 שירות רופא בבית

בדיקה וביקורת תקופתית ע"י רופא בבית המבוטח, בהתאם לתוכנית הטיפול ולפי הצורך, מתן תרופות, זריקות וכ"י עד 350 ש"ח לכל ביקור.

3.9.3 שירות טיפול וסיוע תפקודי

מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, ששוחרר מאשפוז מבית החולים במהלכו בוצע ניתוח או השתלה, ונמצא כמי שמרותק לבית לתקופה העולה על 30 ימים שתחילתה מועד שחרורו מבית החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח עד 180 ש"ח לכל יום, עבור הוצאותיו בגין טיפול וסיוע תפקודי שניתנו ע"י מטפלת שאינו בן משפחה של המבוטח.

לעניין זה "ריתוק לבית": מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שוהה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

פרק י"א - טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: הזרקות או הזלפות של חומרים משככי כאב או נוגדי דלקת, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 1.2 **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.3 **טיפול בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** שימוש במכשור רפואי, שתל או אביזר רפואי לצורך אחד מאלה:
- 1.3.1 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח.
- 1.3.2 טיפולים בכאב, וטיפול בסימפטומים של מחלה או פגיעה לרבות טיפול בתא לחץ.
- 1.3.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח למטרות קוסמטיות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח.
- 1.4 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, או לצורך אבחון, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.5 **שתל:** כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, או תכשיר או חומר שאינם בגדר תרופה, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

2. מקרה הביטוח

ביצוע טיפול רפואי בישראל באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי ביטוח

- 3.1 המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או טיפול או סדרת טיפולים להקלה בכאב וסימפטומים, באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים, שתלים, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, עד לסך של 200,000 ש"ח בכל תקופת הביטוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב לכל טיפול לפי העניין.
- 3.1.1 אם הטיפול באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור. אם שילם המבוטח לנותן

שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי באמצעות תשלום שישולם ע"י המבטח ישירות לנותן השירות שבהסדר בלבד, ועד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר.
3.1.2. אם הטיפול באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות הטיפול, עד תקרת חבות המבטח עפ"י ס' 3.1.

4. טיפולים לריפוי או הקלה בכאב

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות הכרוכות בטיפול להקלה בכאב, עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

5. טיפולים בתא לחץ

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהוצאות עבור טיפולים בחמצן בעל לחץ במצב רפואיים שאין לגביהם הוריייה קלינית לטיפול במסגרת סל הבריאות, עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ש"ח לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

6. טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה

6.1 המבטח ישתתף בעלות ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח למטרות קוסמטיות עקב תאונה בלבד שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח.

6.2 הכיסוי הביטוחי על פי סעיף זה כולל:

6.2.1 התייעצויות אחת עם מנתח המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, והתייעצות נוספת לאחר ביצוע הניתוח.

6.2.2 הוצאות שכר מנתח מבצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

6.2.3 הוצאות ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח בבית חולים או במרפאה כירורגית, ובכלל זה הוצאות אשפוז לצורך ביצוע הניתוח, כל ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הטיפול והאשפוז, ובדיקות שבוצעו כחלק מהטיפול הכירורגי.

6.3 תגמולי הביטוח

6.3.1 אם בוצע הטיפול הכירורגי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא הכיסוי הביטוחי. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור. אם שילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי באמצעות תשלום שישולם ע"י המבטח ישירות לנותן השירות שבהסדר בלבד, ועד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

6.3.2 אם בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, והמבטח רשאי להפעיל תכנית לביטוח ניתוחים גם באמצעות נותני שירות שאינם בהסדר עימו, יישא המבטח במלוא עלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו טיפול.

6.3.3 בהיעדר הסכם עם המבטח לגבי אותו ניתוח או שימוש בטכנולוגיה, יישא המבטח במלוא

עלות הטיפול אך לא יותר מהסכום המירבי הנקוב לגבי אותו טיפול.

7. תנאי לחבות המבטח :

- 7.1. אם הניתוח או מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות מכוסה במלואו על פי פרק ט' או ט'(1) – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, לא יכוסה עפ"י פרק זה. אם עפ"י פרק ט' או ט'(1) מכוסה רק בחלקו – אז המבטח יהיה חייב בתשלום הפרש התגמולים עד סכום הביטוח המרבי הנקוב בפרק זה.
- 7.2. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.
- 7.3. הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.
- 7.4. הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 7.5. הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

8. חריגים אשר יחולו על פרק זה

המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים :

- 8.1. טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 8.1.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - 8.1.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 8.2. טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 8.3. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 8.4. 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;
- 8.5. טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולי פיזיותרפיה או שיקום מכל סוג שהוא, אביזרים רפואיים חיצוניים.
- 8.6. טיפולי פריון או הפריה.

8.7. טיפול תרופתי מכל סוג וכן טיפול בקנאביס, תוספי מזון ו/או ויטמינים.
רובד רשות שני – שירותים רפואיים נוספים (אמבולטוריים)

פרק י"ב - שיקומית

- 1. מקרה הביטוח:**

ביצוע טיפול רפואי המצוין בסעיף 3 להלן במהלך תקופת הביטוח.
- 2. תגמולי הביטוח**
 - 2.1 חבות המבטח הינם בכפוף לתנאים, מכסות הטיפולים לכל תקופה, וסכומי הביטוח המרביים המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.
 - 2.2 המבטח יישא בשיעור של 80% מהעלות ששילם המבוטח לנותן השירות, או מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, לפי העניין, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.
- 3. רשימת הטיפולים המכוסים:**
 - 3.1 **התייעצות עם רופא שיקומי**

המבטח ישתתף בעלות של עד 2 התייעצויות של המבוטח במהלך תקופת ביטוח, עם רופא ברפואה שיקומית, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום אורטופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות.
 - 3.2 **שיקום דיבור וראיה**

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 120 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.
 - 3.3 **התעמלות שיקומית**

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 180 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.
 - 3.4 **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום**

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, עד לסכום של 160 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
 - 3.5 **חריגים לסעיף זה**
 - 3.5.1 על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה המכוסים בפרק י"ד.
 - 3.5.2 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.

3.6 אביזרים רפואיים

3.6.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך מצטבר של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3.6.2 חריגים לסעיף זה

- 3.6.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפול שיניים.
- 3.6.2.2 לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית.
- 3.6.2.3 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.
- 3.6.2.4 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים
- 3.6.2.5 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראומטית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

3.7 מנוי למשדר קרדילוגי

- 3.7.1 המבטח ישתתף בעלות עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 160 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים:
 - 3.7.1.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.
 - 3.7.1.2 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.
 - 3.7.1.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים.

פרק י"ג – בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי המצוין בסעיף 3 להלן במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1 חבות המבטח הינה בכפוף לתנאים, מכסות הטיפולים לכל תקופה, וסכומי הביטוח המרביים המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 2.2 המבטח יישא בשיעור של 80% מהעלות ששילם המבוטח לנותן השירות, או מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, לפי העניין, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 בדיקות גנטיות טרום הריון

המבטח ישתתף בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון לשלילת מומים מולדים, שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה בגין בדיקה שהמבוטח/ת אינו/ה זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה עד ל-1,250 ₪ לכל מבוטח/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח.

3.2 בדיקות לנשים בהריון

המבטח ישתתף בעלות בבדיקה שבוצעה בגופה של מבוטחת במהלך תקופת הביטוח, לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, עד לסכום של 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 5,000 ₪ לכל הריון.

3.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

3.3.1 המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 45 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 10,000 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור השגת 2 הריונות שהסתיימו בלידה תקינה.

3.3.2 הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשלבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, על כל שלביו לרבות: עלות בדיקות ואבחונים, עלות טיפול תרופתי, הזרעה מלאכותית, או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך. כמו כן תכוסה שמירה והקפאת ביציות עד לסך של 4,000 ₪. יובהר למעלה מכל ספק כי לא יינתן כיסוי לשאיבת ביציות ו/או להקפאת ביציות לצורך מטרות סוציאליות לרבות תכנון משפחה עתידי.

3.3.3 המבטח ישתתף בעלויות בטיפולי פריון הגבר שבוצעו במהלך תקופת הביטוח עד 10,000 ₪, ובכלל זה עלות טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם.

- 3.3.4 יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני ו/או שלישי בלבד. יובהר כי שני בני זוג מבוטחים יהיו זכאים לסכום ביטוח של 10,000 ש"ח יחדיו.
- 3.4 **ניתוח לצורך פריון והפריה**
 המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח לצורך פריון והפריה.
 יובהר כי לפי סעיף זה לא יכוסו טיפולי פריון והפריה עצמם או ניתוחים לצורך פריון המכוסים על פי פרק ט' או ט(1) - "ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל".
- 3.5 **מעקב הריון**
 המבטח ישתתף בעלות עבור ביקור המבוטחת אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, עד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.
- 3.6 **שמירת הריון באשפוז**
 מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.
- 3.7 **שירותים ייחודיים לילדת**
 מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור השירותים המפורטים להלן, ולא יותר מהסכום הנקוב בכל אחד מהשירותים:
- 3.7.1 הדרכה פרטית להכנה ללידה בבית המבוטחת- החזר עד 450 ₪. פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 3.7.2 התייעצות עם יועצת הנקה – החזר עד 400 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 3.7.3 שירותי דולה/אחות פרטית ללידה - החזר עד 600 ₪.
- 3.7.4 עלות שכירת מכשיר איזי טנס - החזר עד 360 ₪.
- 3.7.5 החזר שהייה במלונית הצמודה לבית החולים לאחר הלידה - עד 4 ימים ועד 250 ש"ח לכל יום. הכיסוי הינו פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 3.8 **אם פונדקאית**
 יובהר כי הזכאות על פי פרק זה - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.
- 3.9 **חריגים**
- 3.9.1 על פי פרק זה לא יכוסו טיפולים מתחום הרפואה המשלימה.
- 3.9.2 לא יכוסו טיפולים המכוסים על פי פרק הניתוחים.
 תקופת אכשרה לפרק זה הינה 9 חודשים.

פרק י"ד – אבחון וטיפול בהתפתחות הילד

1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי המצוין בסעיף 3 להלן במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1 חבות המבטח הינה בכפוף לתנאים, מכסות הטיפולים לכל תקופה, וסכומי הביטוח המרביים המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 2.2 המבטח יישא בשיעור של 80% מהעלות ששילם המבוטח לנותן השירות, או מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, לפי העניין, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

7. הכיסוי הביטוחי

7.1 בעיות הרטבה לילדים

המבטח ישתתף בעלות של עד שני טיפולים לכל ילד מבוטח למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.

7.2 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

7.2.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות אבחון ע"י רופא ילדים, או רופא מומחה שהליקוי בתחום מומחיותו או ע"י פסיכולוג, מאבחן או מכון אבחון מוכר המתמחה בין השאר בתחום קלינאות תקשורת, באבחון דידיקטי, פסיכו-דידיקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת, TOVA, BRC MOXO, (להלן "מאבחן מוכר") עד לסך 1,200 ₪.

7.2.2 הזכאות הינה אחת לכל תקופת ביטוח. למרות האמור, המבוטח יהיה זכאי להשתתפות אחת נוספת עד לסך של 1,200 ₪ עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים.

7.3 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י מאבחן מוכר, וטופלו ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או קלינאי תקשורת או פסיכולוג או מטפל פארא-רפואי באמצעות שיטת ריפוי אחרת, אך לא יותר מ- 180 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים.

פרק ט"ו – יעוץ וטיפול פסיכולוגי

1. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ או טיפול המצוין בסעיף 3 להלן במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1 חבות המבטח הינה בכפוף לתנאים, מכסות הטיפולים לכל תקופה, וסכומי הביטוח המרביים המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 2.2 המבטח יישא בשיעור של 80% מהעלות ששילם המבוטח לנותן השירות, או מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, לפי העניין, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1 המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 12 טיפולים בכל שנת ביטוח ועד 240 ש"ח לכל טיפול.

3.2 תנאי לחבות המבטח

תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל בלבד, המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים.

פרק ט"ז – רפואה משלימה

1. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי המצוין בסעיף 3 להלן במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח

- 2.1 חבות המבטח הינה בכפוף לתנאים, מכסות הטיפולים לכל תקופה, וסכומי הביטוח המרביים המצוינים לגבי כל טיפול או שירות רפואי המפורטים בסעיף 3 להלן.
- 2.2 המבטח יישא בשיעור של 80% מהעלות ששילם המבוטח לנותן השירות, או מההפרש שבין הסכום ששילם המבוטח לנותן השירות לבין סכום ההחזר מאת השב"ן, לפי העניין, ולא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3. הכיסוי הביטוחי

3.1 המבטח ישתתף בעלות טיפולים ברפואה משלימה שבוצעו בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד 12 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

3.1.1 הומיאופתיה

3.1.2 אוקופונקטורה

3.1.3 כירופרקטיקה

3.1.4 אוסטיאופתיה

3.1.5 רפלקסולוגיה

3.1.6 שיאצו

3.1.7 ייעוץ דיאטטי

3.1.8 שיטת פלדנקרייז

3.1.9 ביו-פידבק

3.1.10 נטורופתיה

3.1.11 הרבולוגיה

3.1.12 שיטת פאולה

3.1.13 שיטת אלכסנדר

3.1.14 טווינא

3.1.15 עיסוי לימפטי

3.1.16 שיטות נוספות שיהיו מקובלות במכוני קופת חולים מעת לעת.

3.2 תנאי לחבות המבטח

- 3.2.1 השתתפות המבטח עבור שירותי רפואה משלימה מותנית בקבלת אישור מהרופא המטפל על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.
- 3.2.2 תנאי לחבות המבטח כי המבוטח יצרף אישור חתום ע"י המטפל המציין את שם המטופל, סוג הטיפול, מועד מתן הטיפול, ועלות הטיפול.

- 3.3 חריגים
- 3.3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל.
- 3.3.2 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.
- 3.3.3 לא יינתן שיפוי עבור ביצוע טיפול שאינו נמנה על רשימת הטיפולים המצוינת בס"ק 3.1.

תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 6 חודשים.

נספח ב'

הצהרת בריאות מורחבת

ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		חבר		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										שאלות כלליות
										האם עברת ניתוח 3 השנים האחרונות, או יעצו לך לעבור ניתוח? נא פרטי/י
										האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה?*
										האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/י
										האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או קיימת קבעה רפואית לצורך בנטילת טיפול תרופתי?
										<p>מהלך ברור תופעה או מחלה שטרם הסתיים:</p> <p>האם טרם סיימת הליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנית בשנתיים האחרונות וטרם נקבעה אבחנה סופית?</p> <p>(סוגי הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, צנתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה)</p> <p>אם כן - יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית</p>
										האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
										<p><input type="checkbox"/> מערכת העצבים * <input type="checkbox"/> אירוע מוחי * <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה * <input type="checkbox"/></p> <p>ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת *</p> <p><input type="checkbox"/> פרקינסון * <input type="checkbox"/> רעד * <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות * <input type="checkbox"/></p> <p>גידולי מוח * <input type="checkbox"/> דלקת מוח או קרום המוח * <input type="checkbox"/> הפרעה/ עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי *</p>

										עיניים וראייה [] (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)
										אוזניים ושמיעה []
										○ לב [] ○ כלי דם [] ○ מחלת דם*
										סוכרת מטופלת באינסולין []
										ריאות ודרכי הנשימה []
										○ קיבה [] ○ מעיים [] ○ ושט [] ○ כבד / צהבת (הפטיטיס) []
										○ כליות []
										גידולים ממאירים או מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות*
										האם נקבעה לך נכות זמנית או תמידית? אם כן – יש לפרט את הסיבה בינה נקבעה הנכות

יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה.

בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו יופיע בסוגריים מרובעים []
אם יש סימון* לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

מועמדים לביטוח שגילם 65 ומעלה ונדרשים למלא הצהרת בריאות קצרה או מורחבת – נדרשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבם הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות

הצהרת בריאות מקוצרת

ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		חבר		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										האם עברת ניתוח 3 השנים האחרונות, או יעצו לך לעבור ניתוח? נא פרטי
										האם עברת השתלה או יעצו לך לעבור השתלה?*
										האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או קיימת קבעה רפואית לצורך בנטילת טיפול תרופתי?
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן:										
										גידולים ממאירים או מחלות ממאירות (סרטן) ב- 5 השנים האחרונות*
										אירוע מוחי* O גידולי מוח* O טרשת נפוצה* O ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת* O פרקינסון*
										O בעיות לב [4]
										האם נקבעה לך נכות זמנית או תמידית? אם כן – יש לפרט את הסיבה בינה נקבעה הנכות

בכל מקרה של תשובה חיובית) כן (יש לצרף בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים אשר מספרו מופיע בסוגריים מרובעים [] לדוגמא [4]. במידה ויש סימון* לצד השאלה, יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.

ההצטרפות לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת כפופה לסייג בשל מצב רפואי קודם כהגדרתה בתנאי הפוליסה:

” המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס”ק א’ ו-ב’ להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, ”אובחנו במבוטח” – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת

החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח."

מועמדים לביטוח שגילם 65 ומעלה ונדרשים למלא הצהרת בריאות קצרה או מורחבת – נדרשים לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבם הרפואי כולל התייחסות לניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים, ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב- 5 השנים האחרונות .

נספח ג'

פרוטוקול חיתום רפואי

פרוטוקול החיתום הינו לצורך קביעת תנאי הקבלה לביטוח למצטרפים לפוליסה זו אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות. לא יכוסו מקרי ביטוח המצויינים להלן אם בטרם הצטרפות המועמד לביטוח היתה קיימת אבחנה אשר מתועדת בתיקו הרפואי של המועמד לביטוח, כמפורט להלן:

1. השתלות

1.1 לא תכוסה השתלת לב באחד או יותר מקרים הבאים:

- למועמד לביטוח אירע בעבר אוטם חריף של שריר הלב
- המועמד לביטוח סובל ממחלה איסכמית כלשהי, מום בלב או מחלת לב הפוגעת פגיעה בלתי הפיכה בשריר הלב או במסתמיו

1.2 לא יכוסו השתלת כליה או כליה ולבלב באחד או יותר מהמקרים הבאים:

- המועמד לביטוח חולה באי ספיקת כליות כרונית עם eGFR הנמוך מ 60
- קיים תיעוד על ידי נפרולוג או רופא משפחה לאבחנה של אי ספיקת כליות כרונית או הפרעה בתפקודי כליה לתקופה של 3 חודשים לפחות
- המועמד לביטוח חולה בסוכרת תלויה באינסולין (סוג 1).

1.3 לא תכוסה השתלת ריאה באחד או יותר מהמקרים הבאים:

- המועמד לביטוח חולה במחלה ריאתית כרונית עם פגיעה של 35% לפחות בתפקודי ריאות במנוחה
- קיים תיעוד על ידי פולמונולוג (רופא ריאות) לאבחנה של מחלת ריאות חסימתית כרונית או הפרעה בתפקודי הריאה לתקופה של 3 חודשים לפחות
- המועמד לביטוח סובל מיתר לחץ דם ריאתי
- המועמד לביטוח חולה ב- CF

1.4 לא תכוסה השתלת כבד באחד או יותר מהמקרים הבאים :

- המועמד לביטוח חולה במחלת כבד מסוג הפטיטיס חדה, או הפטיטיס כרונית אקטיבית או שחמת
- גידול בכבד שאובחן במועמד לביטוח
- המועמד לביטוח חולה במחלה מטבולית או מולדת שדינה לגרום לאי ספיקת כבד סופנית
- המועמד לביטוח נשא של מחלת צהבת מסוג B או C

1.5 לא תכוסה השתלת מח עצם באחד או יותר מהמקרים הבאים :

- המועמד לביטוח חלה במחלה ממארת במהלך 5 השנים האחרונות הגורמת לפגיעה בתפקוד מח העצם או שהטיפול בה גורמת לפגיעה בתפקוד מח העצם
- המועמד לביטוח חולה במחלה ממארת/מולדת/המטולוגית/מטבולית הגורמת לפגיעה בתפקוד מח העצם
- המועמד לביטוח חולה במחלה ניוונית מסוג טרשת נפוצה או ניוון שרירים.

1.6 לא תכוסה השתלת מעי באחד או יותר מהמקרים הבאים :

- המועמד לביטוח סובל מפגם מולד או מחלה שגורמים לקיצור של המעי, שפוגעים בתנועתיות המעי ו/ או שפוגעים בתפקוד רירית המעי.
- אבחנה של תסמונת תורשתית של פוליפוזיס משפחתית.
- דלקת במעי כתוצאה למשל ממחלה אוטואימונית, מחלת קרוהן או קוליטיס, הקרנה, שלשול כרוני.
- המועמד לביטוח עבר בילדותו אירוע של דלקת מעי נמקית, עבר ניתוח בו קוצר המעי, עבר אירוע שפגע באספקת הדם למעי (דוגמת וולולוס, טראומה, קריש דם בוריד או בעורק למעי).
- אבחנה למחלה מכל סוג אשר גורמת לחוסר תפקוד של המעי המצריכה הזנה מלאכותית תוך ורידית.

1.7 לא תכוסה השתלה אם קיימת אבחנה רפואית הקובעת את הצורך בהשתלה או אם בוצעה במועמד לביטוח השתלה בעבר.

2. טיפול מיוחד בחו"ל, ניתוחים, טיפול חליפי לניתוח

2.1 לא יכוסה טיפול מיוחד בחו"ל ו/או ניתוח בחו"ל אם קיימת אבחנה, מתועדת בתיקו של המועמד לביטוח, הקובעת כי מצבו הרפואי של המועמד לביטוח מחייב את הניתוח או הטיפול הרפואי. החריג ללא הגבלת זמן.

2.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח במהלך 12 החודשים הראשונים מתאריך ההצטרפות לביטוח בגין כל ביצוע ניתוח בישראל הנובע ממצב רפואי שבגיניו קיבל המועמד לביטוח טיפול רפואי (לא ביקורת רפואית) במהלך 6 חודשים לפני ההצטרפות לביטוח, או לגבי המלצה לניתוח או לגבי ניתוח שבוצע במועמד לביטוח במהלך 3 שנים לפני הצטרפותו לביטוח.

הגבלת זמן לחריג ל 12 חודשים יצויין באישור תנאים בצמוד להחלטה.

3. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

לא יינתן כיסוי לטיפול בתרופות שאינן מכוסות בסל הבריאות לטיפול במצב רפואי ספציפי שהתקיים אצל המועמד לביטוח טרם הצטרפותו לביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:

3.1 ישנה קביעה רפואית, מתועדת, לצורך בטיפול תרופתי

3.2 כאשר המועמד לביטוח נוטל תרופה באופן קבוע לצורך טיפול במחלתו זו בלבד.

4. שיפוי במקרה של גילוי מחלה קשה

א. בכל מצב בו אירע בעבר אירוע מוחי, התקף לב, תעוקת לב, אנגינה פקטוריס, צנתור טיפולי, אבחנה למחלת שריר לב כגון קרדיומיופתיה, או עבר ניתוח לב טרם הצטרפותו לביטוח – הכיסוי למחלות קשות יכלול ממאירות בלבד. נוסח החריג: "במסגרת הכיסוי למחלות קשות יכוסה כל מקרה ביטוח הקשור במחלות ממאירות בלבד".

ב. לא יינתן כיסוי ביטוחי אם המועמד לביטוח לקה במחלת הסרטן ב 5 שנים האחרונות טרם הצטרפותו לביטוח. במצב של ממאירות ב 5 שנים האחרונות, יישקלו תנאי הקבלה לאחר 5 שנים מההחלמה ובכפוף להצהרת בריאות עדכנית ומכתב עדכני מהרופא.

ג. לא יינתן כיסוי ביטוחי באחד או יותר מהמקרים הבאים:

1. בכל אחד מהמצבים המפורטים בסעיפים 1.6-1.7 לפרוטוקול זה.
2. אם המועמד לביטוח סובל מתשישות נפש כהגדרתה בפוליסה, או אם יש קביעה מתועדת שקיים תהליך של ירידה בזיכרון.
3. אם המועמד לביטוח מאובחן כחולה במחלת פרקינסון, ניוון שרירים, או בטרשת נפוצה.
4. אם המועמד לביטוח לקה באירוע מוחי ב 3 שנים טרם הצטרפותו לביטוח.
5. אם המועמד לביטוח חולה בסוכרת סוג 1 או בסוכרת סוג 2 עם פגיעה באיברי מטרה לדוגמא: בגפיים, בעיניים.
6. גידול שפיר במוח שלא הוסר במלואו או שהותיר פגיעה נוירולוגית
7. דלקת מוח או דלקת חיידקית של קרום המוח שטרם חלפה או שהותירה פגיעה נוירולוגית
8. אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemias)
9. לא יינתן כיסוי ביטוחי בגין מחלה מסוימת אם במועד ההצטרפות נקבע למועמד לביטוח נכות זמנית או תמידית בגין אותה מחלה.

.7

החיתום יבוצע לפרקים הבאים בלבד:

פרק ד - השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל

פרק ה – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

פרק ו - תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

פרק ז - ניתוחים וטיפול מחליף ניתוח בישראל

פרק יח – שיפוי במקרה של גילוי מחלה קשה.

לגבי שאר הפרקים לא יחולו החרגות ולא יינתנו תוספות רפואיות בתקופת ההסכם. הכיסוי

יינתן עפ"י תנאי הפוליסה.

נספח ד'

דו"ח להגשה

הדו"חות יוגשו בקבצי אקסל

1. דו"חות שיוגשו כל 3 חודשים

דו"ח תביעות שטרם סולקו ועברו מעל 3 חודשים מרגע שהוגשו

מס' תביעה	סוג התביעה	תאריך אירוע	תאריך הגשת התביעה	סיבת העיכוב /ממתינה

2. דו"חות שיוגשו אחת לשנה

2.1 מונה מבוטחים

חודש	מס' מבוטחים ראשיים	סה"כ פרמיה למבוטחים ראשיים	מס' מבוטחים בן זוג	סה"כ פרמיה למבוטחי ס בן זוג	מס' מבוטחים ילדים	סה"כ פרמיה למבוטחי ס ילדים	סה"כ פרמיה מבוטחים	סה"כ מבוטחים
ינואר								
פברו'								
מרץ								
...								

סה"כ פרמיה שנתית:

סה"כ מבוטחים שנתי:

2.2 יוגש דו"ח רווח והפסד, מתחילת ההסכם או ממועד החידוש האחרון מפורט, לדוגמא :

שנה	פרמיות	תביעות משולמות באותה שנה	תלויות יתרת פתיחה + IBNR	תלויות יתרת סגירה + IBNR	סה"כ תביעות	LR	הוצאות	רווח/הפסד
2021								
2022								
2023								
סה"כ								

2.3 יוגש דו"ח מרכז של כל התביעות

מס' תביעה	קרבה	מין	סוג הטיפול *	תאריך אירוע	תאריך פתיחת תביעה	סטטוס תביעה	תאריך תשלום	סכום תשלום	סכום תלוי
סה"כ									

*סוג הטיפול = ניתוח, תרופות, ייעוץ.....

