

## פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

### לחברי אופק אגודה שיתופית לניהול הון בע"מ ובני/ות משפחותיהם

בין: הפניקס חברה לביטוח בע"מ מצד אחד (להלן "החברה" או "המבטח" או "המבטחתי")

לבין: אופק אגודה שיתופית לניהול הון בע"מ מצד שני (להלן "בעל הפוליסה")

הואיל וברצון "בעל הפוליסה" לבטח את חבריו, ו/או בני משפחותיהם בביטוח בריאות קבוצתי, והואיל והמבטח מסכים לקבל על עצמו ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם זה להלן.

לפיכך הוסכם הוצאה והותנה בין הצדדים כדלקמן:

- א. המבוא לפוליסה זו ונספחיו כשהם חתומים על ידי הצדדים לפוליסה זו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- ב. במקרה של סתירה ו/או אי התאמה ו/או דו משמעות בין הוראה מהוראות פוליסה זו לבין האמור בנספחים, יגברו הוראות פוליסה זו, אלא אם כן הסתירה או אי התאמה או דו משמעות מרעים עם המבוטח/ים ו/או בעל הפוליסה כהגדרתם להלן. במקרה שכזה תגבר ההוראה שמקילה עם המבוטח/ים ו/או בעל הפוליסה.

#### 1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידם.  
בכל הנוגע לפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, (התשע"ה-2015) ויגברו על ההגדרות להלן:

1.1	<b>הפוליסה</b>	פוליסת ביטוח זו, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
1.2	<b>בעל הפוליסה</b>	<b>אופק אגודה שיתופית לניהול הון בע"מ</b>
1.3	<b>המבוטחים</b>	מי שהיה במועד הצטרפותו חבר אצל בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או צאצאיו, שהם תושבי מדינת ישראל וחברים באחת מקופות החולים, ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש. יובהר, כי "ילד"- ייחשב ככזה כאשר גילו עד גיל 21 לפי הגדרת גיל ביטוחי (להלן סעיף 1.33), בתנאי שאינו נשוי. ילד נשוי ייחשב כבוגר. להסרת ספק יובהר כי כמבוטח ייחשב רק מי שהינו תושב קבע / אזרח של מדינת ישראל.
1.4	<b>תאריך ת. הביטוח</b>	<b>01.09.2020</b>
1.5	<b>דמי הביטוח</b>	הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה.
1.6	<b>מקרה הביטוח</b>	מערך עובדתי ונסובתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה.
1.7	<b>תקופת אכשרה</b>	תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי ובמהלכה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. תקופת האכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירע כתוצאה מתאונה.

1.8	<b>תקופת המתנה</b>	תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
1.9	<b>מדד</b>	מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.
1.10	<b>שנת ביטוח</b>	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשון בהם הוא החודש בו הצטרף המבוטח לפוליסה.
1.11	<b>סכום ביטוח</b>	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה
1.12	<b>חוק הביטוח</b>	חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981
1.13	<b>חוק הבריאות</b>	חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
1.14	<b>ישראל</b>	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל
1.15	<b>חו"ל</b>	כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב
1.16	<b>בית חולים</b>	מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים. להוציא מוסד המשמש כסנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
1.17	<b>בית חולים פרטי</b>	בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
1.18	<b>בית חולים בהסכם</b>	בית חולים פרטי כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.19	<b>ניתוח בארץ</b>	פעולה פולשנית – חדירתית (Invasive Procedure) 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.
1.20	<b>ניתוח בחו"ל</b>	כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום, קרינה, קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, וכן מצב רפואי שעלול (על פי כל קנה מידה רפואי מקובל) לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי. במסגרת זו ייראו כניתוח גם השתלת עור וכן פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית כשהיא חלק מניתוח, או לקראת ניתוח ועד 30 יום לפני מועד ביצוע הניתוח או אבחון באמצעות מצלמה חוץ ו/או תוך גופית מסוגים שונים, לרבות אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדו', צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) – אנגיוגרפיה, השתלת עור, וכן ריסוק אבני כליה או מרה; קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, להסרת ספק,

	<p>"ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום, לרבות אך לא רק ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית, ו/או טיפולים חדשים אחרים שיבוצעו בעתיד ובלבד שהמבוטח קיבל המלצה לביצוע ניתוח.. ניתוח לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. ובלבד שהמבוטח קיבל המלצה לביצוע ניתוח.</p> <p><b>ההגדרה נוסחה באופן המטיב עם במבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"</b></p>
1.21	<p><b>1.21 מנתח הסכם</b></p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ונמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.</p>
1.22	<p><b>1.22 מנתח אחר</b></p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ואינו מנתח הסכם.</p>
	<p><b>רופא</b></p> <p>רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.</p>
1.23	<p><b>1.23 רופא מרדים</b></p> <p>רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.</p>
1.24	<p><b>1.24 אח/אחות</b></p> <p>אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.</p>
1.25	<p><b>1.25 פיזיותרפיה</b></p> <p>טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי.</p>
1.26	<p><b>1.26 טיפול ניסיוני</b></p> <p>טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי. הטיפול הניסיוני ממומן על ידי גורם המעוניין בתוצאות המחקר ו/או הטיפול.</p>
1.27	<p><b>1.27 נותן שירות שבהסכם</b></p> <p>מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד התביעה.</p>
1.28	<p><b>1.28 שתל</b></p> <p>כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), <b>למעט תותבת שיניים, ושתל דנטלי</b>. לגבי השתלות בחו"ל מוסכם כי שתל יכלול כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה) כדוגמת טיפול בסירטקס (פולימר המוחדר לריאות) (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד מעבר למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל.</p>
1.29	<p><b>1.29 יום אשפוז</b></p> <p>אשפוז שבמסגרתו שהה המבוטח לילה אחד לפחות בבי"ח, ספירת ימי האשפוז תיעשה על פי מספר לילות האשפוז, ולכל הפחות 4 שעות בלילה.</p>

מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.	מצב רפואי קודם	1.30
סייג כללי בפוליסת הביטוח הפוטר את המבוטח מחבותו או המפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.	סייג של מצב רפואי קודם	1.31
פוליסת ביטוח בריאות פרטית / קבוצתית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.	ביטוח קודם אחר / פוליסה קודמת אחרת	1.32
גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. גיל המבוטח בתכנית ביטוח, לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.	גיל ביטוחי	1.33
יועץ/ת בחברת מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ	יועץ	1.34
<b>פרקי הפוליסה:</b>		
<b>רובד בסיס (פרקים א'+ב'):</b>		
השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל.	פרק א'	
כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות.	פרק ב'	
<b>רובד מורחב (פרקים ג'-ה'):</b>		
כיסוי לניתוחים: 1. מסלול ניתוחים מהשקל הראשון. 2. מסלול ניתוחים משלים שב"ן.	פרק ג'	
כיסוי לניתוחים בחו"ל	פרק ד'	
כיסוי אמבולטורי בסיסי.	פרק ה'	
<b>רובד מורחב ב' (פרקים ו'-ח'):</b>		
כיסוי אמבולטורי מורחב.	פרק ו'	
שיפוי בעת גילוי מחלה קשה	פרק ז'	
רפואה משלימה (אלטרנטיבית)	פרק ח'	

## 2. תוקף הפוליסה

### 2.1

פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום **01.10.2020** ותסתיים בתאריך **30.09.2025** כמפורט להלן בסעיף 4. למען הסר ספק מבוטח ששמו נשמט מרשימת המבוטחים עקב טעות טכנית ייחשב כמבוטח לכל דבר, ובלבד שתינתן הצהרה בכתב של מנהל מוסמך בארגון על עצם הטעות הטכנית ועל היותו מבוטח על פי הקריטריונים שבהסכם זה. **יובהר כי בעת החזרת הביטוח לתוקף לגבי המבוטח שהושמט, תשולם פרמיה למפרע מיום הביטול.**

בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים.

### 2.2

הפוליסה תכנס לתוקפה באם מסי המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.

- 3.1** החברים ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל מילוי הצהרת בריאות ומעבר הליך חיתום בחברת הביטוח. ההצטרפות לביטוח הינה עד גיל 70.
- 3.2** חברים ובני משפחתם אשר במהלך תקופת ההסכם יהיו מעוניינים להצטרף לרובד מורחב א' יוכלו לעשות כן במידה ויהיו מבוטחים ברובד הבסיס, חברים אשר יהיו מעוניינים להצטרף מורחב ב', יוכלו לעשות כן במידה ויהיו מבוטחים ברבדים הבסיס והמורחב א'.
- 3.3** מבוטח ו/או בעל הפוליסה רשאים לצרף את בן/ת זוגו וילדיו של החבר עד לגיל 22. מעבר לגיל 22 יוכל הילד להצטרף במידה והינו חבר אצל בעל הפוליסה.
- 3.4** מצטרפים חדשים שיידרשו למלא הצהרת בריאות תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה- 1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 30 ימי החיתום, יהא רשאי המבטח להודיע למבוטח כי הליך ההצטרפות בטל.
- 3.5** ניתוחים בארץ – (פרק ג'), מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטנינוס", "מכבי מגן זהב/שלי", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ג' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 5 להלן.
- 3.6** שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות 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.

**3.7** על המבוטחים בביטוח יחול האמור להלן:

**צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי :**

(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא יצורף החבר 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 כתבילה, 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/ת-

זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן/ת-זוגו.

(ב) סעיף קטן (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

(א) ניתוחים

(ב) תרופות

(ג) השתלות

(ד) מחלות קשות

(ה) שיניים

(ו) תאונות אישיות

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 4 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח.

#### **4. תקופת ההסכם**

**4.1** תקופת ההסכם תהיה 60 חודשים מיום 01.09.2020 ועד ליום 30.08.2025

**4.2** תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו יהיה במוקדם מבין המקרים הבאים:

**4.2.1** הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבוטח במסגרת ההסכם.

**4.2.2** תום ההסכם.

**4.2.3** שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל שנתיים, אלא אם אותו מבוטח נמצא בשליחות מטעם בעל הפוליסה ו/או מטעם מדינת ישראל.

**4.3** למען הסר ספק, ילדי מבוטחים שהגיעו לגיל 22 ו/או ילדים מתחת לגיל 22 שנישאו, ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי הסכם זה, אך במחיר של מבוגר למשך שנה אחת בו תוצע להם האפשרות להצטרף לחברות אצל בעל הפוליסה. במידה ולא הצטרפו עד הגיעם לגיל 23, יחשב הדבר כביטול הזיקה בינם לבין בעל הפוליסה ויסתיים עבורם הביטוח בהודעה מחברת הביטוח.

**4.4** מבוטח שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה וההסכם יתבטל ו/או לא יחודש אצל המבוטח ו/או מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח פרטיות בתנאים דומים לאלו הקיימים בהסכם זה על פי התנאים, והתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבוטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היה מבוטח במסגרת ההסכם. הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה עפ"י מדיניות ההנחות הנהוגה אצל המבוטח באותה העת ובתנאי כי פוליסת ההמשך תהיה באופן ישיר מול המבוטח. מובהר כי החרגות ו/או תוספות חיתומיות שנקבעו למבוטח במסגרת ההסכם זה ימשיכו לחול גם במסגרת הפוליסה הפרטית.

**4.5** פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.2.2 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- (סעיף 9(ב) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009).

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 9(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שהיתה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמטיבה עם המבוטח.

**4.6** להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

## 5. דמי הביטוח

### 5.1 דמי הביטוח החודשיים יהיו כדלקמן:

גיל המבוטח/תוכנית	ביטוח משלים שבין לניתוחים אן השתתפות עצמית של 2,000 ₪ באמצעות נותני שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסדר וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
<b>רובד בסיס</b>		
ילד (עד גיל 21 כולל)	10.5 ₪	
מבוגר (גיל 22 ומעלה)	19.9 ₪	
<b>רובד מורחב א'</b>		
ילד (עד גיל 21)	10 ₪	12 ₪
מבוגר (23-49)	43 ₪	50.5 ₪
מבוגר (50-69)	68 ₪	80 ₪
מבוגר (70 ומעלה)	110 ₪	129 ₪
<b>רובד מורחב ב'</b>		
ילד (עד גיל 21)	19 ₪	
מבוגר (23-49)	29.8 ₪	
מבוגר (50-69)	29.8 ₪	
מבוגר (70 ומעלה)	25.5 ₪	

**5.2** ילד שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות.

**5.3** מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 15 של כל חודש (בגין החודש הקודם), על פי המועד בו על התשלום להיות מבוצע על פי תנאי הסכם זה.

**5.4** דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

**5.5** דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבוטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר למבטח), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.

**5.6** יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבוטחים המצטרפים אחת לחודש לביטוח ואת המבוטחים אשר יבחרו לסיים את הביטוח לגביהם ויעבירם למבטח. בעל הפוליסה יהא אחראי להעביר למבטח טפסי הצטרפות כנדרש על פי דין בגין מצטרפים וולונטרים (שאינו משלם עבורם באופן אובליגטורי).

**5.7** **התאמת פרמיה** – התאמת הפרמיה תבוצע לאחר 18 חודשים ממועד התחלת הפוליסה ולאחר 38 חודשים מתחילת הביטוח, זאת בהתאם להסכם שנחתם בין בעל הפוליסה למבטח.

**5.8** **קביעת דמי ביטוח - סעיף 5(ב) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 -:**

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

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק

היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח ;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה ;

(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 (למעט רובד אובליגטורי במימון מלא ע"ח המעביד).

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 15(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח.

## 6. תגמולי ביטוח

**6.1** המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או חשבוניות מקוריות. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג למבטח מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.

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

**6.3** המבטח מתחייב לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה ממועד הגשת כל המסמכים שנדרשו לידיו לרבות הבקשה להשלמת מסמכים רפואיים, ובלבד שהתביעה אושרה. על כל עיכוב בתשלום תגמולי הביטוח מעבר ל- 30 ימי עבודה.

**6.4** תביעה מתמשכת בגין תרופות תשלום לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הרלבנטיים בחברת הביטוח, ובלבד שהתביעה אושרה.

**6.5** נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.

**6.6** הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח פוליסת ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, בשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פרק זה. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

**6.7** הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב- סעיף 10 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)

### ביטוח בריאות קבוצתי, תשס"ט 2009

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

**6.7.2** 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.

**6.8** למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

6.9 מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 10 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח

## 7. תביעות

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פרק זה או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:

7.1 כאשר נודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, ובטרם ביצוע הפרוצדורה הרפואית (לרבות ניתוח, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל) המכוסה על פי פוליסה זו, יודיע על כך בכתב למבטח.

7.2 המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים, המצויים ברשותו, הדרושים למבטח לברור תביעתו. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

7.3 על אף כל האמור בהסכם זה, במקרה של ניתוח חירום לא יהיה בהודעת המבוטח לחברת הביטוח על מקרה הביטוח בדיעבד, לאחר קבלת השירות הרפואי, כדי לפגום או לגרוע בזכות מזכויותיו של המבוטח או של בעל-הפוליסה, כולל הזכות לאישור-כיסוי והזכות להחזרים כספיים בגין אותו שירות רפואי ובתנאי שטרם חלה תקופת ההתיישנות ועד התקרות בפוליסה.

7.4 המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו כפי שימצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.

7.5 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי המבטח, ולנוקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה

7.6 המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל בין השעות 00:00-17:00 ימי א'-ה' ומוקד חירום 24 שעות ביממה.

7.7 השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי

7.8 ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

## 8. סייגים כלליים לאחריות המבטח שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות

### שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

8.1 סייג בשל מצב רפואי קודם.

המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת ההצטרפות לביטוח כדלקמן:

1. פחות מ- 65 שנים – החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
2. 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

## 8.2 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור בסעיפים 8.1 ו- 8.2 לעיל, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.1 לעיל, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

## 8.3

8.3.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח או בתוך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה.

8.3.2 טיפולים ו/או ייעוצים פסיכולוגיים, טיפולים ו/או ייעוצים פסיכיאטריים.

8.3.3 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.

8.3.4 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן ב"פלת"ד (פיצויים לנפגעי תאונות דרכים).

8.3.5 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

8.3.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.

8.3.7 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.

8.3.8 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.

8.3.9 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה. אלא אם נרכש פרק רפואה משלימה.

8.3.10 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.

8.3.11 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא המבצע את הניתוח.

- 8.3.12 ניתוחי GASTROPLASTY , ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי ועונים לפרמטרים שקבע משרד הבריאות.
- 8.3.13 אביזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוח באחד או יותר מפרקי הביטוח.
- 8.3.14 טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).
- 8.3.15 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש בכוונה לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.
- 8.3.16 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט למעט חוגי ספורט.

## 9. הצמדה

- 9.1 סכומי הביטוח, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבוטח/ת ו/או על ידי בעל הפוליסה, הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 9.2 חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.
- 9.3 מדד הבסיס לפוליסה זו הוא המדד שיפורסם בתאריך 15.09.2020.

## 10. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו היא שלש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

## 11. הודעות

על בעל הפוליסה להודיע למבטח על כל שינוי כתובת במכתב רשום ו/או ע"י דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

### מתן מסמכים והודעות למבוטח - תקנות ביטוח בריאות קבוצתיות

המבטח 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;

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

- 11.1 **חלה על מבוטח חובה לשלם** דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 11.2 במידה ובעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בהסכם האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

12. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009; 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.

### 13. תחלוף (סוברוגציה):

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח עוברת זכות זו למבטח מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של המבטח לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

### 14. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

### 15. חידוש הפוליסה - סעיף 7(א1) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.

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

### 16. סיום הפוליסה - סעיף 7(א2) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.

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, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

### 17. הפסקת זיקה - סעיף 7(א3) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.

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

17.1 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.

17.2 מבוטח/ת שהלך/כה לעולמו/ה במהלך תקופת הביטוח, יוכלו בני משפחתו שצורפו לביטוח להמשיך להיכלל בביטוח עד תום תקופת הביטוח ובלבד שיסדירו את חברותם באופן (העברת מניה בהתאם לתנאי אופק ומסמכי הירושה) ויעבירו אמצעי גביה אישי.

18. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסויים - סעיף 8 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.

18.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

18.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף קטן זה 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 בסעיף 4(ב) (2) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009; לעניין סעיף קטן זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

18.3 על אף האמור בסעיף 9(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בסעיף 2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל בהסכם, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

19. יועץ

מעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה עפ"י הסכם ההתקשרות בינו לבין בעל הפוליסה, ובין השאר:

19.1. מענה לפניית מבוטחים בקולקטיב בקשר עם אופן מיצוי זכויותיהם על-פי הפוליסה;

19.2. סיוע, מתן מידע ועריכת בירורים לגבי טענה ו/או תלונה של מבוטח ו/או בעל הפוליסה.

20. אחריות להעברת מידע:

20.1. המבוטח יהיה אחראי להעביר למבטח ישירות כל מידע הנדרש ביחס לאותו מבוטח (ו מי שמבוטח

תחת שמו) בקשר עם פוליסה זו. ככל שבחר המבוטח להעביר את המידע באמצעות בעל הפוליסה,

יהיה המבוטח אחראי להעברת המידע לבעל הפוליסה לשם העברתו למבטחת ולוודא כי אכן הגיע לידי המבטחת, וכן יהיה אחראי לתוכן ואמיתות המידע.

20.2. המבטחת תהיה אחראית להעביר לכל מבוטח ישירות כל מידע הנדרש ביחס לאותו מבוטח (או מי מבוטח תחת שמו) או ביחס לכלל המבוטחים בקשר עם פוליסה זו. ככל שבחרה המבטחת להעביר את המידע באמצעות בעל הפוליסה, תהיה המבטחת אחראית להעברת המידע לבעל הפוליסה לשם העברתו למבוטח ולוודא כי אכן הגיע לידי המבוטח, וכן תהיה אחראית לתוכן ואמיתות המידע.

20.3. בהעמדת והעברת כל מידע תהיה לבעל הפוליסה אחריות על פי הוראות כל דין.

## רובד בסיס

### פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל

#### 1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, בארץ ו/או בחו"ל כהגדרתם להלן:

##### 1.1 השתלה:

כרייתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, שחלות, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו במקומם, לרבות השתלה של מח עצמות או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו מדם היקפי מתורם אחר בגוף המבוטח או מתרומה עצמית של המבוטח או השתלה מח עצמות עצמית. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר, או השתלת איבר מלאכותי או אורגני שגודל או פותח באופן טכנולוגי בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה של השתלה חוזרת או טיפול מיוחד חוזר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח חדש, או השתלה מבעלי חיים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות ניסיונית בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

**הגדרה זו של השתלה כפרוצדורה רפואית נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר הביטוח מס' 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

##### 1.2 טיפול רפואי מיוחד:

1.2.1 טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר בחו"ל או מניעת נכות קבועה של 50% ומעלה אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו לפחות אחד התנאים הבאים:

1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע, על ידי שירותי הרפואה בישראל ו/או אין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל (טיפול או ניתוח חלופי משמעו מתן אותן תוצאות באותו פרק זמן ללא תופעות לוואי וללא פגיעה באיכות חייו של המבוטח לעומת המקובל בטיפול דומה בחו"ל).

1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.

1.3 **מועד קרות מקרה הביטוח** ייחשב כמועד בו נקבע לראשונה הצורך הרפואי להשתלה ו/או לטיפול מיוחד כאמור לעיל. מובהר בזאת כי לא יכוסה מקרה ביטוח אשר הצורך בו נקבע טרם תחילת הביטוח.

#### 2. סכום הביטוח

2.1 להשתלה במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם המבטח – ללא תקרת סכום ביטוח.

2.2 להשתלה במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם המבטח- סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 5,000,000 ₪.

2.3 המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה ביצוע השתלה בחו"ל בסך 400,000 ₪ במקום קבלת שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2 דלעיל, ובכפוף להוראות המפקח על הביטוח המתנה את מתן הפיצוי בקיום התנאים דלהלן:

2.3.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

2.3.2 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

## למען הסר ספק, פיצוי לפי זה סעיף זה יבוא במקום שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2.

2.4 סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 1,000,000 ₪.

2.5 השתלה מבעלי חיים - 1,000,000 ₪

### 3. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבוטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח. במידה והמבוטח יבחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שידרש או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק בכפוף לאמור בסעיף 6.2 בתנאים הכלליים בגין ההוצאות המכוסות בפוליסה זו ולא יותר מתקרות של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.

בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות שהוצאו בפועל. 3.1 המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.

- 3.1.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
- 3.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי וצוות פרא-רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך האשפוז (בתקרת הכיסוי המופיעה בסעיף 2 לעיל).
- 3.1.3 תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.4 תשלום כל ההוצאות הרפואיות והאחרות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו, והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.1.5 כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ- 1,000,000 ₪.
- 3.1.6 כיסוי ההוצאות איתור תורם (כולל בדיקות מעבדה), בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 150,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.
- 3.1.7 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 3.1.8 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
- 3.1.9 במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), המבטח יישא בהוצאה זו עד לתקרה של 10,000 ₪.
- 3.1.10 כיסוי מלא להוצאות עבור העברה יבשתית של המבוטח והמלווה/ים לשדה התעופה וממנו בארץ ובחו"ל.
- 3.1.11 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד 600 ₪ למבוטח או למלווה ליממה או עד 800 ₪ למבוטח + מלווה. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים. וכולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית-החולים בחו"ל וממנו, ועד ל-100 ימים.
- 3.1.12 תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה עד 80,000 ₪ או הטיפול המיוחד עד 40,000 ₪ עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי המשך בישראל.
- 3.1.13 תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.14 תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 3.1.15 **הבאת רופא מומחה מחו"ל לביצוע טיפול רפואי מיוחד בארץ** – תשלום להבאת רופא מומחה מחו"ל בעת הצורך בנייתו ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, אשר אינו ממומן באופן מלא או חלקי במסגרת סל שירותי הבריאות, במידה וקיים מימון חלקי ישלים המבטח את ההפרש עד מלוא ההוצאה בפועל - עד לתקרה של 100,000 ₪ בגין הבאת הרופא (בנוסף, וללא קשר, לתקרת עלות הטיפול המיוחד כמפורט בסעיף 2.4 לעיל).

3.1.16 תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 80,000 ₪.

### **3.1.17 גמלת החלמה**

3.1.17.1 בקרות מקרה-ביטוח מסוג השתלה, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית), או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי, או השתלת מח עצם/קרנית, תשלם חברת הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 5,000 ₪ לחודש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבונות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות ליורשים החוקיים. גמלת החלמה עבור ילד, תחת התנאים המופיעים לעיל, תהיה בגובה 50% מגמלת מבוגר.

3.1.17.2 במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית) ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי יהיה המבוטח זכאי לשיפוי מלא בגין הוצאות שהוציא בפועל לצורך ביצוע ההשתלה (וכלולות בהוצאות המכוסות בפרק זה ומפורטות 3.1 להלן), וכן לפיצוי בסך 900 ₪ לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.

למען הסר ספק המבוטח יהיה זכאי לתשלום הגמלה עפ"י סעיף זה גם אם ההשתלה הנ"ל בוצעה שלא באמצעות המבטח ובלבד שהמבוטח ימציא מכתב רשמי מהמרכז הרפואי בו בוצעה ההשתלה ופרטיה.

**לתשומת לב המבוטח, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:**

(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

(2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

## פרק ב' - טיפול תרופתי מיוחד

### 1. הגדרות

<b>תרופה</b>	חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי שנגרם כתוצאה ממחלה או תאונה, מניעת החמרתה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותה של מחלה, אשר הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כללו ופרסמו אותו ברשימת התרופות המאושרות המתעדכנת מעת לעת.
<b>מדינות מוכרות</b>	ישראל, ארה"ב, אחת ממדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד. או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
<b>טיפול תרופתי</b>	נטילת תרופה, שנתנה בהמלצת רופא מומחה ועל פי מרשם, באורח חד פעמי או מתמשך.
<b>רופא מומחה</b>	רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לכך כמומחה בתחום רפואי מסוים
<b>רופא מומחה בכיר</b>	רופא מומחה כהגדרתו לעיל, שהוא, או היה בעברו, בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים בישראל.
<b>סל הבריאות הממלכתי</b>	מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות ע"י קופות החולים לעמיתיהן במסגרת ומכוח חוק בריאות הממלכתי התשנ"ד – 1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין עמיתה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן
<b>מרשם</b>	מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש
<b>תרופה חלופית/אלטרנטיבית</b>	תרופה אשר כלולה בסל הבריאות, ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים תרופה אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות משיגה את אותה תוצאה רפואית באותה איכות ובפרק זמן דומה המושג ע"י התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שתרופה חלופית זו אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח
<b>תרופת יתום</b>	תרופה אשר הוכרה ואושרה לשיווק כתרופת יתום (Orphan Drug) ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות

### 2. מקרה הביטוח

2.1 הצורך בטיפול בתרופה/ות למטרות ריפוי ו/או מניעת החמרה של מחלה קיימת ו/או מניעת חזרתה של מחלה שנגרמה כתוצאה ממחלה ואשר אינה/ן נכללות בסל הבריאות ו/או הכלולה/ות בסל הבריאות אך מאושרת/ות להתוויה שונה מזו לה זקוק המבוטח, ואינה/ן ממומנת/ות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבוטח, אך רשומות ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ובלבד שאין לתרופות אלו תרופות חלופיות הכלולות בסל התרופות, ובתנאי שהמבוטח קיבל המלצה בכתב מרופא מומחה לצורך טיפול במחלתו.

#### 2.2 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

המבוטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה 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 Pharmacopoeia-Drug Information

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

1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa

2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B

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

5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

1. NCCN

2. ASCO

3. NICE

4. ESMO Minimal Recommendation

2.3 טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.

2.4 תרופה חליפית אשר לאחר תחילת השימוש בה אינה מביאה לתוצאות דומות לתוצאות השימוש הצפויות בתרופה קיימת שאינה כלולה בסל הבריאות, תכסה החברה את התרופה שאינה כלולה בסל הבריאות לפי סעיפים 2.1-2.5.

2.5 שני רופאים בדרגת מנהל מחלקה ומעלה או דרגה מקבילה בחו"ל, הצהירו בכתב, כי התרופה עשויה להאריך את חיי המבוטח בשנה אחת או יותר.

### 3. תרופה מיוחדת

תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות אשר מתקיימים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:

3.1 המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29 ג' לתקנות הרוקחים תכשירים (תשמ"ו - 1986) אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי.

3.2 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

3.2.1 לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של

המבוטח ו/או רופא מומחה בכיר כהגדרתו לעיל קבע כי מתקיימים התנאים הבאים במצטבר:

3.2.1.1 התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים.

3.2.1.2 התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

3.2.1.3 מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

4. סכום הביטוח – הכיסוי הוא עד לתקרה של 2,500,000 ₪ (הסכום יתחדש מידי 2.5 שנים). וכולל

כיסוי עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקת התרופה, מתן עירוי וכדומה, בסכום שלא יעלה על 150 ₪ ליום.

תקרת הכיסוי לתרופה מיוחדת כהגדרתה לעיל בסעיף 3 – עד 200,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.

### 5. השתתפות עצמית –

5.1 על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 150 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום 400 ₪ לכל המרשמים החודשיים.

5.2 על תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית.

5.3 קיבל המבוטח שיפוי מתוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור עלות התרופה או תרופה מיוחדת המכוסה על ידי החברה המבטחת, על פי נספח התרופות או תוכנית זו, והחברה לא נדרשה לשלם תשלום כלשהו למבוטח ו/או לגורם אחר בגינה, יהיה המבוטח זכאי להחזר סכום ההשתתפות עצמית ששילם לקופת החולים, אך לא יותר הסכום שהיה משולם על ידי החברה.

## 6. בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה

הופנה המבוטח לביצוע בדיקות גנטיות ע"י רופא מומחה, לאחר שאובחן במחלה כלשהי, לצורך בחינת התאמת הטיפול, לרבות הטיפול התרופתי, ובחינת השפעת הטיפול באותה המחלה, בין היתר לצורך:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול ו/או מניעת תופעות לוואי.
- סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- במחלת הסרטן איתור מקום הגידול, הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד, אבחון מוקדם, בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות הנ"ל, התייעצות אחת עם גנטיקאי והתייעצות אחת עם פרמקולוג הכול, עד לסך של 20,000 ₪ לכל מחלה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20% בגין כל בדיקה או התייעצות כאמור.

7. המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לנוותן השירות אך ורק בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נוותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

8. מבוטח שהחל טיפול תרופתי בטרם הצטרף לפוליסה והצטרפותו הינה תחת חריג מצב רפואי קודם, במידה ולאחר תחילת תקופת הביטוח חל שינוי במצבו אשר בשל כך נדרש טיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי ולא יחולו תנאי חריג מצב רפואי קודם.

**בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:**

1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט האמור בסעיפים 2 ו-3 לעיל.
2. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.
4. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
5. תרופה הנדרשת לטיפול פוריות ו/או עקרות. למעט, במידה וקיים כיסוי טיפולי פוריות בפוליסה.
6. שתל או אביזר להחדרת תרופה
7. תרופות Anti-aging
8. תרופה במהלך ניתוח או השתלה - יכוסה רק הפער שנותר (ככל שנותר) לאחר מימון קופ"ח.
9. תרופות לטיפול בהשמנת יתר.
10. תרופה לגמילה מעישון.
11. תרופה לטיפול באין-אונות.

**רובד מורחב**  
**פרק ג'1: ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ-**  
**מסלול מהשקל הראשון (נוסח מפקח לא לגעת)**

**1. הגדרות:**

- 1.1 התייעצות- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 בית חולים פרטי - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
אחד מאלה:  
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.  
(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 קופת חולים - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.7 רופא מומחה - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 הסדר ניתוח- הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.11 הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

**2. מקרה הביטוח:**

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

### **3. הכיסוי הביטוחי:**

- בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
  - 3.2. שכר מנתח.
  - 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
  - 3.4. טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.fx.co.il](http://www.fx.co.il) כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

### **4. חריגים:**

- סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.
- החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
  - 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
  - 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
    - 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
    - 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.
  - 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
  - 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
  - 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש

- אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברת הביטוח לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברת הביטוח קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. תקופת אכשרה:

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

**פרק ג2': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (נוסח מפקח לא לגעת)**  
**(לבעלי שב"ן – כללית מושלם/פוליסה, מכבי מגן זהב/שלי, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום**  
**פרק ג1', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 3.9 בתמורה**  
**לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 5 לפוליסה זה**

**הגדרות:**

- 1.1 התייעצות- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 בית חולים פרטי- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
אחד מאלה:  
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.  
(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6 קופת חולים - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
- 1.7 רופא מומחה - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה  
על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:  
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, 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 עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

## 3. הכיסוי הביטוחי :

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד :

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

3.2 שכר מנתח.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל .

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.fix.co.il](http://www.fix.co.il) כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

## 4. תגמולי ביטוח :

הסדר ניתוח – הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח 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 חברת הביטוח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח 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 חברת הביטוח או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח החבר המבוטח יהיה זכאי כדלקמן :

4.1 בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן או הפסקת החבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו

בשב"ן לא הופסקה והוא יכולה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן, תיקבע השתתפות חברת הביטוח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

#### 5. ברות ביטוח :

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברתו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מחברת הביטוח תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

#### 6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, 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 הבאים:

6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של

סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.

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, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו

מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב

מלאכותי.

6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש

- אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

#### 7. תקופת אכשרה:

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

## פרק ד': כיסוי לניתוחים בחו"ל

### 1. מקרה הביטוח

1.1 מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או השתלת קרנית, אשר יבוצע על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר בבית חולים בחו"ל או בכל מרכז רפואי אחר בחו"ל.

### 2. תגמול הביטוח בגין מקרה ביטוח

2.1 המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 2.2 להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1.1 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, ללא תקרה.

2.1.2 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, עד לגובה עלות ניתוח זהה אצל נותני השירות בחו"ל שבהסכם עם המבטח או, במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל, בסכום השווה ל-200% מעלות הניתוח בארץ.

2.2 בנוסף לכיסויים שיינתנו בעת אשפוז, לרבות שכר מנתח, אשפוז (עד 30 יום), חדר ניתוח, תרופות ותותבת (עד לסכום של 25,000 ₪ למקרה ביטוח במקרה של תותבת) בעת שהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:

2.2.1.1 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

2.2.1.2 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד 50,000 ש"ח

2.2.1.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למלווה אחד - עד 800 ₪ ליום ועד 35 יום. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה 1,050 ש"ח ליום ועד 35 ימים סה"כ. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

2.2.1.4 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר (חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח.

2.2.1.5 פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על-ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור. סעיף זה מתייחס לפרוצדורות רפואיות שהיו מכוסות בניתוח בישראל, אך אם המדובר בפרוצדורות רפואיות המתחייבות מבחינה רפואית מאופי השהות בחו"ל אזי לא תחול הגבלה זו.

2.3 המבטח לא יהיה אחראי ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה (בנוסף לחריגים הכלליים המופיעים בתנאי הפוליסה) בכל אחד מהמקרים הבאים:

2.3.1 ניתוח שמטרתו היא יופי ו/או אסתטיקה לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה שמקורו אינו בצורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד כולל התאמה קוסמטית של השד הבריאה במידה ולא ניתן להתאים את השד התותב לשד הבריאה. יודגש כי ניתוח קוסמטי הנדרש

למטרת טיפול רפואי עקב קיומה של בעיה רפואית ו/או ניתוח קוסמטי המהווה חלק בלתי נפרד מניתוח אחר המכוסה ע"י פוליסה זו, יכוסו באופן מלא.

2.3.2 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות הדמיה כגון: CT ו-MRI כאשר כל אלה אינן חלק מהניתוח או מכוסות על פי סעיף 2.2.1.5.

2.3.3 ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, למעט ניתוחי פה ולסת.

2.3.4 ניתוחי ברית מילה, ניתוח קיסרי, טיפול בפטרת הציפורניים/עור באמצעות לייזר, אלא אם נקבע צורך רפואי.

#### 2.4 תנאים מיוחדים לניתוחים פרטיים בחו"ל:

2.4.1 הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם או עד 200% מעלות הניתוח בארץ במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל.

2.4.2 החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

### 3. טיפולים מחליפי ניתוח

מקרה הביטוח – מבוטח שקיבל המלצה לניתוח ומעוניין לקבל טיפול מחליף ניתוח כהגדרתו בהסכם.

הגדרת טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם

3.1 בקרות מקרה ביטוח, רשאי המבוטח לבחור בטיפול מחליף ניתוח (להלן: "טיפול חלופי"), בהתקיים כל אלה:

3.2 טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע. המבטח ישפה את המבוטח עבור הטיפול החלופי (לרבות סדרת טיפולים כאמור) עד לגובה העלות הכוללת בארץ, אותה נדרש היה המבטח לשלם לנותן שירות שבהסכם עם המבטח, אילו היה המבוטח מנותח (כולל כל ההוצאות הפרוצדורות הרפואיות והתכשירים הרפואיים כהגדרתן בסעיף 2.2.1.5).

## פרק ה' – אמבולטורי

### 1. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים שלהלן שלא בעת אשפוז הנובע מבעיה רפואית פעילה.

### 2. תגמולי הביטוח:

#### 2.1. בדיקות אבחנתיות:

**2.1.1. הגדרת "בדיקות רפואיות אבחנתיות"** – בדיקות אבחנתיות, כגון בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

#### **בדיקות אבחון פסיכודידקטיות יכוסו ובלבד שהצורך בבדיקה נקבע על ידי רופא נירולוג.**

**2.1.2. התחייבויות המבטח** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 5,000 ₪ למבוטח בשנת ביטוח.

#### 2.2. חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל

##### 2.2.1. הגדרות

**2.2.1.1. "חוות דעת ראשונה"** - חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר, אם קיים, לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה. למען הסר ספק, מכתב שחרור מבית חולים מהווה חו"ד ראשונה לכל דבר.

**2.2.1.2. "חוות דעת שניה"** - חוות דעת רפואית נוספת הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למוטב מרופא מומחה, נותן חוות הדעת הנוספת או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים ע"י חברת מחקר. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

**2.2.2. התחייבות המבטח - מבוטח אשר לו חו"ד ראשונה זכאי לחו"ד שניה**, הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

**2.2.3. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן:**

בחו"ל – שיפוי עד תקרה של 8,000 ₪ לכל חו"ד.

בארץ – שיפוי עד תקרה של 1,200 ₪ לכל חו"ד.

במידה והמבוטח הגיש תביעה לשב"ן לכיסוי חו"ד הרשומה לעיל תכסה חברת הביטוח את יתרת הסכום עד לגובה ההוצאה בפועל ולא יותר מהתקרות הקבועות לעיל.

**המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.**

#### 2.3. התייעצות עם רופא מומחה

**התחייבות המבטח:** החברה תשפה את המבוטח בסכום השווה לעד 600 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא

מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות ההתייעצות (למעט ייעוץ בתחום התייעצות ובדיקות מעבדה לגילוי גידולים ממאירים המכוסה בסעיף 2.6.22 להלן). המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ – 3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

## **2.4 בדיקות הריון:**

### **2.4.1 הגדרת "בדיקות הריון":**

- 2.4.1.1 סיקור גנטי.
- 2.4.1.2 בדיקת סיסי שליה.
- 2.4.1.3 סריקה על קולית מוקדמת ו/או מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
- 2.4.1.4 אקו לב עובר.
- 2.4.1.5 בדיקת מי שפיר.
- 2.4.1.6 שיקוף עורפי.
- 2.4.1.7 בדיקת NIPT
- 2.4.1.8 כל בדיקה רפואית הנדרשת למבוטחת במהלך תקופת ההריון לפי הפניית רופא מומחה.

**2.4.2 התחייבות המבטח:** המבטח ישתתף בעלות הבדיקות המופיעות בסעיף 2.4.11 לפי הפירוט הבא - עד תקרה של 4,000 ₪ לפרק זה במהלך הריון, ובמקרה של הריון מרובה עוברים עד 7,000 ₪ ההשתתפות העצמית תהיה בסך 20%.

## **2.5 בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטיניים:**

**התחייבות המבטח:** החזר בגין אבחון גנטי פעם אחת בכל תקופת הביטוח ועד 2,500 ₪. כרוך בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו ע"פ הפניית רופא מומחה בכתב.

## רובד מורחב ב' פרק ו' – אמבולטורי מורחב

### 1. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים שלהלן שלא בעת אשפוז הנובע מבעיה רפואית פעילה.

### תגמולי הביטוח:

### 2. טיפול פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה:

- 2.1. מקרה הביטוח: הצורך בטיפול פיזיותרפיה על פי המלצת רופא מומחה.
- 2.2. התחייבות המבטח: המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 4,000 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.

### 3. טיפול בתא לחץ:

שיפוי בגין טיפול בתא לחץ בכפוף להפניה של רופא מטעם המבוטח ועד לתקרה של 15,000 ₪ לתקופת הביטוח.

### 4. הוצאות להפריה חוץ גופית

המבטח יכסה כל טיפול ו/או בדיקה שמטרתו כניסת המבוטחת להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון וזאת על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פרייון ועד לסך מרבי של 7,000 ₪ לכל שנת ביטוח. למען הסר ספק, בני זוג המבוטחים בכיסוי זה, יהיה זכאי רק אחד מהם לכיסוי.

### 5. אביזרים רפואיים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לרכישת אביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. ההחזר כפוף להשתתפות עצמית של 20% ולא יותר מ 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד ( Ararscol, Nevrogar ), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתנינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, מדרסים על פי מרשם רפואי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

## פרק ז' - שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

1. **מקרה הביטוח גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.**
2. **להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:**
  - 2.1 **קבוצה ראשונה**
    - 2.1.1 **אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)**  
חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליות.
    - 2.1.2 **אי ספיקת כבד פולמיננטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)**  
אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:
      1. הקטנה חדה של נפח הכבד;
      2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
      3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
      4. צהבת, מעמיקה.
    - 2.1.3 **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. אנצפלופתיה כבדית.
      5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספלניזם.
    - 2.1.4 **השתלת אברים - (ORGAN TRANSPLANTATION)**  
לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.  
קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מוח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השלת אברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.
    - 2.1.5 **טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)**  
דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.
    - 2.1.6 **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.
    - 2.1.7 **תרדמת (COMA)**  
מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

**2.1.8 ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY) –**  
עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.  
האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

**2.1.9 פגיעה מוחית מתאונה - (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**  
פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (COMA SCALE GLAZGOW).

**2.1.10 דלקת מוח (ENCEPHALITIS)**  
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:  
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.  
**הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

**2.1.11 דלקת חיידיקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)**  
דלקת קרום המוח, בה בודד חיידיק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:  
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.  
מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.  
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

**2.1.12 מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**  
מחלת ריאות 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 ממ"מ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"מ.

**2.1.13 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)**  
עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ"מ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 ממ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

**2.1.14 פרקינסון (Parkinson's Disease)**  
האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.

## 2.2 קבוצה שניה

### 2.2.1 אוטם חריף בשריר הלב -

**(ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)**  
נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

- 2.2.1.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.
- 2.2.1.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

**למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**

### 2.2.2 ניתוח מעקפי לב (CABG) -

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.  
**למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.**

### 2.2.3 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב - (OPEN HEART SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

### 2.2.4 ניתוח אבי העורקים (AORTA)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

### 2.2.5 קרדיומיופטיה (CARDIOMYOPATHY)

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

### 2.2.6 שבץ מוחי (CVA)

כל ארוע 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 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא T1a.**

## 2.3 קבוצה שלישית

### 2.3.1 סרטן (CANCER)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.  
 מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודגיקין.

### מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CINI, CIN2, C1N3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"מ וללא אולצוציות (התכייבויות);
3. מחלות עור מסוג:
  - 3.1 Hyperkeratosis ו Basal Cell Carcinoma;
  - 3.2 מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפוזי בנוכחות מחלת ה - AIDS;
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- Mo TNM Classification T2 No (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);
6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ cell ul/10,000 B lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;
9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

- 2.3.2 אנמיה אפלטטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**  
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית 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.

- 2.3.3 גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח- (BENIGN BRAIN TUMOR)**  
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

**הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.**

- 2.4 קבוצה רביעית**
- 2.4.1 שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)**  
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 2.4.2 פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**  
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.4.3 איבוד גפיים (loss of limbs)**  
 איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 2.4.4 עיוורון (blindness)**  
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 2.4.5 כוויות קשות (severe burns)**  
 כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.4.6 אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**  
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 2.4.7 חירשות (deafness)**  
 אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90DB בכל התדרים.

**3. סכום הביטוח**

**בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה** בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 50% מההוצאה בפועל ועד לסך 50,000 ₪ ובכפוף להמצאת קבלות, על אחת או יותר מההוצאות הרפואיות הקשורות באופן ישיר למקרה הביטוח אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

**הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי כמפורט להלן: עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.**

**4. הגבלת אחריות המבטח**

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבטוח במקרים הבאים:

4.1 אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבטוח.

5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

5.1 מות המבטוח.

5.2 תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.

5.2.1 עם תשלום תקרת תגמולי הביטוח.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 30 ימים

למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה

## פרק ח' – רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

בקורות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו ו/או ישלם לספק השירות, עבור שירותי רפואה משלימה המפורטים בפרק זה, בכפוף לתנאים בהסכם שאליו צורף פרק זה ולתנאים המיוחדים שבפרק זה.

**מקרה הביטוח** – המבוטח מעוניין לקבל טיפול באמצעות טיפול אלטרנטיבי מאלה המפורטים להן בסעיף 1.1, וזאת עקב בעיה רפואית חדשה ו/או החמרה בבעיה רפואית קיימת, המאושרת ע"י רופא מוסמך

### 1. התחייבות המבטח

המבטח יחזיר למבוטח 80% מההוצאות הממשיות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן:

1.1. תחומי רפואה משלימה שיכוסו על פי פוליסה זו:

- 1.1.1. "אקופונקטורה" – טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 1.1.2. "הומאופטיה" – שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
- 1.1.3. "ביו פיזיק" – טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידידת של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
- 1.1.4. "כירופרקטיקה" – שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 1.1.5. "אוסטיאופטיה" – טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.
- 1.1.6. "פלדנקרייז" – טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 1.1.7. "רפלקסולוגיה" – טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 1.1.8. "שיאצו" – לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 1.1.9. "גלי הלם" – הם גלים אקוסטיים הנשלחים לאזור הטיפול

1.2. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 150 ₪. ועד מקסימום 12 טיפולים בכל שנת ביטוח.

1.3. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפול עתידיים.

1.4. בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

1.4.1. טיפולים שאינם כלולים בסעיף 1.1.

1.4.2. היפנוזה, היפנוטרפיה.

1.4.3. טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.

1.4.4. טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').

1.4.5. הוצאות עבור תרופות /או חומר מרפא ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך טיפול.

1.5. קבלת שירותי הרפואה המשלימה:

שירותי הרפואה המשלימה יינתנו בכפוף לתנאים הבאים:

1.5.1. ניתן לפנות לנותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח ובלבד שקיבל אישור מראש ובמגבלות סכומי

הביטוח בסעיף 1.2.