

ביטוח בריאות קבוצתי
לחברי אופק - אגודת
אשראי שיתופית בע"מ
ולבני משפחתם

חברי וחברות אופק שלום,

אנו שמחים להציג את חוברת ביטוח הבריאות הקבוצתי לחברי אגודת האשראי אופק ובני משפחותיהם.

ביטוח הבריאות הקבוצתי נועד לסייע לנו בתחומים בהם לצערנו הביטוח הממלכתי והתוכניות המשלימות בקופות החולים אינם מכסים כלל או בתחומים בהם הכיסוי הינו חלקי, בהיבטי איכות השירות או זמינותו. הביטוח הרפואי נועד להבטיח שבמקרה הצורך תעמיד לרשותנו חברת הביטוח מקורות כלכליים לשם מימון טיפולים רפואיים, בהתאם לתנאי הביטוח – ובפרט במצבי חירום וקטסטרופות.

אופק מאגדת כיום אלפי חברות וחברים, המהווים כוח כלכלי וצרכני משמעותי, שבאמצעותו אנו פועלים להקל על הוצאות הבריאות של משקי הבית שלנו, ולהבטיח את קבלת הביטוח הרפואי הטוב ביותר שניתן, עבור כל אחת ואחד מאיתנו - בתקווה שלא נצטרך להשתמש בו.

כאגודת אשראי השואפת לשנות את עולם הבנקאות והשירותים הפיננסיים בישראל, הקפדנו שגם ביטוח הבריאות הקבוצתי המוצע לחברינו יהיה ייחודי בהיבטים רבים, למשל:

- תעריפי ביטוח אטרקטיביים המגיעים להנחות של כ-40-50% מתעריפי ביטוחי הפרט.
- אפשרות הצטרפות לאופק ולביטוח הבריאות הקבוצתי ללא קשר למקום העבודה.
- הכנסת מרכיב השתתפות ברווחים בסוף תקופת הביטוח.
- הסתייעות בחברת ייעוץ מלווה לחברים, ללא מעורבות סוכני ביטוח ומכירות ביטוחים נוספים.

בכל שאלה בנוגע לביטוח הרפואי ניתן לפנות למוקד קשרי החברים של אופק. בנוסף, ניתן לפנות לחברת הייעוץ לחברי אופק – "מלמד יועצים", בבירור מידע בנוגע לביטוח הבריאות או להגשת תביעות. ניתן כמובן גם לפנות ישירות למוקד הפניקס. ההצטרפות לביטוח הרפואי מתבצעת באתר אופק.

פרטי ההתקשרות של כלל הגורמים מופיעים בסוף החוברת.

אנו רואים בביטוח הבריאות הקבוצתי שירות נוסף וחשוב לחברי אופק ומאחלים לכם ולבני משפחותיכם בריאות שלמה ואריכות ימים.

בברכה,

תום דרומי חכים, עו"ד

מנכ"ל אופק אגודת אשראי

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
23	פרק תנאים כלליים
44	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
49	פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
54	פרק 3- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
	פרק 4 - ניתוחים בישראל
59	מסלול א' - שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית
63	מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
68	מסלול ג' - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח
74	פרק 5 - שירותים רפואיים אמבולטוריים
	5.1 יעוץ ובדיקות
81	פרק 6 - שירותים רפואיים אמבולטוריים מורחב
	6.1 קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי
	6.2 רפואה משלימה
	6.3 החזר הוצאות בעת גילוי מחלה קשה
	6.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים
	6.5 טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה אמבולטוריים
93	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח : אופק- אגודת אשראי שיתופית בע"מ

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי אופק- אגודת אשראי שיתופית בע"מ ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	אופק- אגודת אשראי שיתופית בע"מ . ח.פ. 570055996
סוג הביטוח	השתלולות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל : מסלול א' - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית מסלול ג' - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ שירותים רפואיים אמבולטוריים
תקופת הביטוח	01.11.2025 ועד 31.10.2030 (5 שנים) . (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	<u>רובד בסיס :</u> פרק 1 - השתלולות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל <u>רובד הרחבה א' :</u> פרק 4 - ניתוחים בישראל מסלול א' - שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית מסלול ג' - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ פרק 5- שירותים רפואיים אמבולטוריים 5.1 יעוץ ובדיקות <u>רובד הרחבה ב' :</u> פרק 6 - שירותים רפואיים אמבולטוריים מורחב 6.1 קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי 6.2 רפואה משלימה 6.3 החזר הוצאות בעת גילוי מחלה קשה 6.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים 6.5 טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה אמבולטוריים

תמצית פרטי הפוליסה

הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)		כמפורט בס' 9 בפרק התנאים הכלליים, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 5), תרופות (ס' 5), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ס' 5), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית (ס' 6) ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ (ס' 6), שירותים רפואיים אמבולטוריים : 5.1 יעוץ ובדיקות (ס' 6), 6.1 קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי (ס' 4), 6.2 רפואה משלימה (ס' 4), 6.3 שיפוי בגין הוצאות רפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה (ס' 4), 6.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים (ס' 4) 6.5 טיפולי פיזיותרפיה בכל גיל/ הידרותרפיה מגיל 16 (ס' 4).		
גובה הפיצוי הכספי שאקבל		פרק השתלות (ר' סע' 3.7) פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ר' סע' 3.6).		
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹		קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.		
השתתפות עצמית		קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.		
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח			
רובד בסיס:			
גיל מבוטח		פרמיה חודשית	
0-21		12.13 ₪	
+22		23 ₪	
רובד מורחב א':			
גיל מבוטח	פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים שקל ראשון	פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים משלים שב"ן	פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪
0-21	16 ₪	13.3 ₪	13.2 ₪
22-49	67.1 ₪	57.1 ₪	55.4 ₪
50-69	106.3 ₪	90.4 ₪	87.8 ₪
+70	171.4 ₪	146.2 ₪	141.6 ₪
רובד הרחבה ב':			
גיל המבוטח		פרמיה חודשית	
0-21		26.35 ₪	
22-49		41.33 ₪	
50-69		41.33 ₪	
+70		35.36 ₪	
*ילד שלישי ואילך באותה משפחה – חינם. במידה וקיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם (ילד עד גיל 22) - ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול (רובד בסיס ורובד הרחבה ייחשבו כל אחד כמסלול נפרד). ילד הינו עד גיל 21 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 22 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 22)עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם. הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 14570 נק' שפורסם ביום 15.10.2025 ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.			

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם.	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5. שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7.	-
	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5. שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7 ועד תקרה של 5,000,000 ₪.	-
השתלות איברים שנקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים כמפורט בסעיף 1.1.2.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 3,000,000 ₪	-
השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי	ס' 3.2: השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. כמפורט בסעיף 1.1.3.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 150,000 ₪	-
טיפול מיוחד מחוץ לישראל	ס' 3.3: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7	-
	ס' 3.4: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7 ועד 1,000,000 ₪.	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות קציר האיבר, שימורו והעברתו	ס' 3.5.1: ביצוע פעילות רפואית לקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.	שיפוי מלא, ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות אשפוז מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות עבור אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; ועד 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד.		-
הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח	ס' 3.5.3: הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה/ הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.		-
הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל	ס' 3.5.4: הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבטוח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבטוח הוא קטין.		-
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.5.5: הוצאות נסיעה יבשתיות של המבטוח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.		-
הוצאות הטסת גופת המבטוח לישראל	ס' 3.5.6: הטסת גופת המבטוח אם המבטוח נפטר חו"ח בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך השתלה/טיפול מיוחד בחו"ל.		-
הוצאות עבור מיסים	ס' 3.5.7: הוצאות עבור מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.		-
הוצאות לאיתור תרומת מח עצם	ס' 3.6.1: הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם/ תאי גזע מדם טבורי/ דם פריפרי הנדרשים להשתלה. ורישום במאגרים מחוץ לישראל.	עד לתקרה של 300,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל (EVALUATION)	ס' 3.6.2: הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל למבוטח ומלווה אחד לצורך בדיקות.	עד לתקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל	ס' 3.6.3: הוצאות עבור טיפולים רפואיים מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיפולי דיאליזה.	עד לתקרה של 250,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות הטסה רפואית	ס' 3.6.4: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות שהייה מחוץ לישראל	ס' 3.6.5: הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או למבוטח קטין ושני מלווים בעת השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד, ועד - 1,500 ₪ ליום למבוטח קטין ושני מלווים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות טיפולי המשך	ס' 3.6.6: הוצאות לטיפול המשך הנובעים מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל בתוך 12 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.	עד 200,000 ₪ להשתלה או עד 150,000 ₪ לטיפול מיוחד מחוץ לישראל. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	ס' 3.6.7: הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל.	עד תקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
קצבה חודשית למועמד להשתלה (פיצוי)	ס' 3.7.1: גמלה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו. גמלה חודשית למועמד להשתלה אם שהה באשפוז בבית חולים	4,500 ₪ לחודש 2,000 ₪ לחודש עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים. ובכפוף לסעיפים -3.1 3.4	-
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה (פיצוי)	ס' 3.7.2: גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע ההשתלה למעט השתלת מח עצם עצמית.	5,500 ₪ לחודש. ועד 24 חודשים ובכפוף לסעיפים -3.1 3.4	-
השתלה שבוצעה מחוץ לישראל (פיצוי)	השתלה שבוצעה מחוץ לישראל, בלא השתתפות המבטח, למעט השתלת מח עצם עצמית.	פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.	-

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 2.1: 1. ס' 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 2. ס' 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 3. ס' 2.1.3 תרופה OFF LABEL. 4. ס' 2.1.4 תרופת יתום. 5. ס' 2.1.5 תרופה מיוחדת.	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ לתקופת הביטוח. ס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ לתקופת ביטוח, ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.	-	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 300 ₪ למרשם לחודש. ס' 2.1.5 - 500 ₪ למרשם לחודש. בכל המקרים, לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לא תחול השתתפות עצמית

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	ס' 3.1.3: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 250 ₪ למקרה ביטוח. ועד 60 יום.		-
בדיקה גנטית להתאמת טיפול תרופתי למחלת הסרטן	ס' 2.2: ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח.	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.		20%

פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח מחוץ לישראל	ס' 3.1-3.2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 3.1-3.3: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.3	בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.		
מנתח/מרדים	ס' 3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או מחליף הניתוח	כיסוי מלא בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3	-	-
הוצאות בית חולים מחוץ לישראל	ס' 3.4.2 הוצאות רפואיות כולל הוצאות אשפוז עד 40 יום. שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות וכ"ו.		-	-
עלות הטסת גופת המבוטח	ס' 3.4.3: עלות הטסת גופה אם נפטר המבוטח בעת שהות מחוץ לישראל לצורך ניתוח		-	-
הוצאות טיסה לניתוח מורכב	ס' 3.4.4: טיסה במחלקת תיירים למבוטח ומלווה, במקרה של מבוטח קטין, למבוטח ולשני מלווים		-	-
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.4.5: נסיעה יבשתית בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו		-	-
הוצאות מיסים והיטלים	ס' 3.4.6: הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.		-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה בישראל	ס' 3.5.1: הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל.	עד 1,200 ₪ לכל התייעצות בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות התייעצויות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל.	עד 4,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הטסה רפואית	ס' 3.5.3: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות הבאת מומחה מחוץ לארץ	ס' 3.5.4: הוצאות הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות עלות שתל	ס' 3.5.5: הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך הניתוח.	עד 60,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח משך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6: ס' 3.5.6.1- הוצאת שכירת שירותי אחות פרטית.	עד 650 ₪ ליום, עד 8 ימים. ובתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6.2 - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד. ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ול- 2 מלווים לתקופה מרבית של 30 ימים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	
	ס' 3.5.6.3 - הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל. שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצע הניתוח.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	20%
	ס' 3.5.6.4 - הוצאות למוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח מורכב, בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב, בהמלצת רופא מומחה.	עד 400 ₪ לכל יום ועד 10 ימים רצופים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	
	ס' 3.5.6.5 - הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.	עד 100,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	
פיצוי בעת פטירה כתוצאה מניתוח	ס' 3.6: פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪ אם נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח.	-	-	

רובד מורחב א':

פרק 4 מסלול א' - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון)

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1 : 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1400 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2 : שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3 : לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4 : טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"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.

פרק 4 מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ללא השתתפות עצמית

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1400 ₪)	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום למעט מקרים של - הריון או לידה - 12 חודשים
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח. הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר .	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתכנית הביטוח. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי " לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

המבטח ימציא למבוטח, על פי דרישתו, וכן במקרה שבו פנה המבוטח למבטח לבירור זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים, את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית, בהתאם למתכונת שפורסמה באתר האינטרנט של המבטח וכן באתר המידע האישי או המוקד הטלפוני.

פרק 4 מסלול ג' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (עם השתתפות עצמית 5000 ₪)			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 4.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1400 ₪)	90 יום למעט מקרים של – הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 4.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 4.3: לרבות: שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות האשפוז (כולל אשפוז טרום ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 4.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר .	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתכנית הביטוח. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי " לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

המבטח ימציא למבוטח, על פי דרישתו, וכן במקרה שבו פנה המבוטח למבטח לבירור זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים, את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית, בהתאם למתכונת שפורסמה באתר האינטרנט של המבטח וכן באתר המידע האישי או המוקד הטלפוני.

פרק 5 - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.1 יעוץ ובדיקות				
פרק א'- התייעצות עם רופא מומחה	ס' 4.1.1: התייעצות עם רופא מומחה בישראל, פרונטלי או און ליין. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים, מעקב נטילת תרופות, מתן חו"ד משפטית, וקביעת אחוזי נכות. (רופא פסיכיאטר תכוסה – התייעצות אחת מתוך המכסה). בנוסף , יינתן החזר בגין השתתפות עצמית להתייעצות עם רופא דרך השב"ן.	עד 950 ₪ להתייעצות . עד 3 התייעצויות לשנה קלנדרית. עד 200 ₪ לייעוץ ולא יותר מ- 3 התייעצויות בשנה קלנדרית.	-	20%
חוות דעת שנייה בארץ לא תאושר בפרק זה במקרה שנקבע צורך בניתוח.	ס' 4.1.2: החזר הוצאות עבור חוות דעת שנייה בארץ ובחו"ל, לאחר שהמבוטח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלה שאובחנה לראשונה בתקופת הביטוח. חוות דעת שנייה בארץ לא תאושר בפרק זה במקרה שנקבע צורך בניתוח.	עד 1,200 ₪ לחוות דעת שנייה בארץ ו- 8,000 ₪ בחו"ל. עד 3 התייעצויות בארץ ו-1 התייעצות בחו"ל וסך כל ההתייעצויות יחד בארץ ובחו"ל לא יעלו על 3 פעמים.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פרק ב' - בדיקות אבחנתיות ומניעה תקרה לכלל הבדיקות 7,000 ₪ ועד תקרת תת הפרק לעיל	ס' 4.2.1.1: בדיקות אולטרסאונד לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו לב)	עד 500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.2.1.2: בדיקות רנטגן, (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית)	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.2.1.3: הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת, CT (למעט PET CT).	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.2.1.4: הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בדיקת MRT ובדיקת PET CT	עד 3,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.2.1.5: בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית: EEG NCT, EMG, NCV, א.ק.ג.	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.2.1.6: בדיקות מעבדה אבחנתיות: בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST).	עד 500 ₪ לבדיקה.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פרק ג' – שירותים בגין הריון ולאחר לידה עד תקרה כוללת של 5,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון ו- 7,000 ₪ עבור כלל הבדיקות בהריון רב-עוברי למעט עבור הליך הפריה חוץ גופית.				
שירותים הניתנים בטרם הריון	ס' 4.3.1: בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון. לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון.	עד 1,000 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.1: סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר	עד 1,500 ₪	6 חודשים	20%
שירותים הניתנים במהלך הריון ס' 4.3.2	ס' 4.3.2.2 : שקיפות עורפית	עד 1,500 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.3: בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי)	עד 1,500 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.4: בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("צי"פ גנטי")	עד 2,500 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.5: בדיקת NIPT	עד 2,500 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.6: סיסי שלייה	עד 2,500 ₪	6 חודשים	20%

רובד מורחב ב':

פרק 6 - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
6.1 - קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי				
קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי	ס' 3.11: כיסוי לקנאביס בכפוף לאישור הרשויות לפי התוויות המפרטות בפוליסה.	עד 1,000 ₪ לחודש ועד 15,000 ₪ לתקופת ביטוח.	30 יום	20%
6.2 - רפואה משלימה				
רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה על פי המפורט בפוליסה	150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה קלנדארית	-	20%
6.3 - שיפוי בגין הוצאות רפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה				
שיפוי בגין הוצאות רפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה	עבור מבוטח מבוגר (מגיל 22 ומעלה) החוזר בגין התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, אבזרים רפואיים, טיפולים רפואיים (ללא טיפולי רפואה משלימה), כפועל יוצא מהמחלה. עבור מבוטח ילד (עד גיל 21 כולל)	ההחזר יהיה עד 50% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 30,000 ₪ למקרה ביטוח. ההחזר יהיה עד 50% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.	30 יום	-
6.4 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים				
אבזרים רפואיים	ס' 2.1 : השתתפות בהוצאות לאבזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באבזר מתוך הרשימה הסגורה המפורטת בסעיף.	עד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול בתא לחץ	ס' 2.2 : בעקבות מצב רפואי כמפורט בפוליסה ועל פי הפניית רופא.	ועד 15,000 ₪ לתקופת ביטוח.	-	20%
6.5 - טיפולי פיזיותרפיה בכל גיל/ הידרותרפיה מגיל 16				
טיפול פיזיותרפיה/ הידרותרפיה מגיל 16	ס' 3.1: פיזיותרפיה/ הידרותרפיה לשנה קלנדרית בכפוף להפניית רופא מומחה ומטפל מוסמך. למען הסר ספק, מכסת פרק זה לא תהיה מעל 16 טיפולים לשנה קלנדרית עבור כלל טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה מגיל 16.	עד 16 טיפולים בשנה קלנדרית, ועד תקרה בגובה 4,000 ₪ לשנה קלנדרית.	-	20%

- תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני 3455* או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי אופק- אגודת אשראי שיתופית בע"מ ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1. מבוא:

1.1 תמורת תשלום פרמיה כמפורט בפוליסה, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות כמפורט בפוליסה, במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים, הגבולות, החריגים והסייגים המפורטים בפוליסה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים.

התנאים הכלליים יחולו על כל פרקי הפוליסה (למעט כתבי השירות).

1.2 פרשנות:

1.2.1 כותרות הסעיפים בתנאים כלליים אלה ובכל פרקי הפוליסה, הינן לצרכי נוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות הפוליסה. תוכן הסעיפים הוא הקובע.

1.2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

1.2.3 מובהר, כי במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים של הפוליסה (פרק זה) לבין הוראות איזה מהפרקים בפוליסה, יחולו הוראות אותו פרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרקים/תתי פרקים השונים בפוליסה, יחולו הוראות הפרק רלוונטי למקרה הביטוח.

2. הגדרות:

בפוליסה, בדף פרטי הביטוח ובכל פרק המצורף אליה, יתפרשו המונחים הבאים כלהלן, בכפוף לסעיף הפרשנות בתנאים אלה:

2.1 **הפוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה ובין המבטח המפרט את זכויותיהם וחיוביהם של המבטח והמבוטחים הכולל את המסמכים שלהלן: התנאים הכלליים לפוליסה, דף פרטי ביטוח והפרקים הבאים.

חבילת כיסויים הכוללת את הפרקים הבאים:

רובד בסיס:

הכולל את הפרקים הבאים:

פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל.

רובד הרחבה א':

פרק 4 - ניתוחים בישראל:

מסלול א - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית.

מסלול ב - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.

מסלול ג - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ₪.

פרק 5 - שירותים רפואיים אמבולטוריים

פרק זה יכלול את הכיסויים הבאים:

5.1 יעוץ ובדיקות

רובד הרחבה ב':

פרק 6- שירותים רפואיים אמבולטוריים מורחב

פרק זה יכלול את הכיסויים הבאים:

6.1 קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי

6.2 רפואה משלימה

6.3 החזר הוצאות בעת גילוי מחלה קשה

6.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

6.5 טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה אמבולטוריים

2.2 **המבטח/החברה:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

2.3 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והנו: תאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם

שם התאגיד: אופק - אגודת אשראי שיתופית בע"מ א.ש 570055996

2.4 **המבטח:** חברי התאגיד ובני משפחותיהם (בן/בת זוג, ילד/ה של חבר/ת תאגיד)

2.5 **חבר:** מי שהנו רשום אצל בעל הפוליסה כנמנה על חברה.

2.6 **מבטח קיים:** חבר שנכלל בפוליסה הקודמת, ו/או בני משפחה שהיו מבטחים בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.7 **מבטח חדש:** חבר חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה חבר אצל בעל הפוליסה, ו/או בני משפחתו שלא נכלל בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. יובהר, כי במקרה בו עובד/חבר ביקש להצטרף לפוליסה בהתאם לתנאיה ובשל השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של בעל הפוליסה הוא לא צורף לפוליסה, החברה תסכים לצרפו לביטוח בכפוף להצגת טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים רלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבטח, ככל שהניכוי מבוצע באמצעות שכרו.

2.8 **מבטח חוזר:** מי שהיה מבטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח הפוליסה הקודמת או פוליסה זו, לפי העניין, והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.

2.9 **ילד:** ילד של חבר המבטח או ילד של בן/בת זוגו של המבטח אשר טרם מלאו לו 22 שנה, כולל ילד המאומץ כחוק, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

מכל מקום, חבר/ בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כ"ילד" לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 22 שנה.

2.10 **ילד בוגר:** ילד של חבר המבוטח או ילד של בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 22 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, חבר/בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כילד בוגר לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 22 שנה.**

2.11 **תינוק:** ילד שנולד/אומץ במהלך תקופת הביטוח להורים, יצורף לביטוח בכפוף להגשת טופס הצטרפות בכתב למבטח ולקיום יתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו. יובהר, כי ההצטרפות לביטוח תהיה ממועד קבלת טופס ההצטרפות.

2.12 **בן זוג:** בן/בת זוג של חבר מבוטח שהינו אחד מאלה: רשום כנשוי לו/לה במרשם האוכלוסין בישראל, "ידוע/ה בציבור" בכפוף להוראות כל דין ובלבד שהוצגה אסמכתא לכך כגון: הסכם חיים משותפים, הסכם ממון, רישום בביטוח לאומי, תעודת זוגיות, תעודת חיים משותפים, תעודת חופה וזוגיות. אם אין אסמכתא כאמור, יש להציג תצהיר משותף של החבר המבוטח והידוע/ה בציבור לפיו הם מצהירים על חייהם המשותפים, מאומת ע"י עורך דין.

2.13 **פוליסה קודמת:** הפוליסה שתוקפה פג עם כניסתה לתוקף של פוליסה זו, בין אם אצל החברה ובין אם אצל מבטח אחר.

2.14 **דף הרשימה:** מסמך המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת פוליסת הביטוח הקבוצת, מדד, שיעור הפרמיה וכיו"ב).

2.15 **דף פרטי הביטוח (כתב כיסוי):** מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה והכולל, בין השאר, את הפרטים הבאים:

מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם המבוטח/ים, תאריך תחילת הביטוח של המבוטחים ותקופתו, סכום דמי הביטוח, פירוט התכניות מספר הפוליסה וכיוצ"ב.

2.16 **תאריך/יום / מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים - מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח", ולמבוטחים חוזרים – מועד הצטרפות המבוטח מחדש לפוליסה זו, בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".

2.17 **המועד הקובע:** 01.11.2025.

2.18 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח.

2.19 **שנה קלנדרית:** תקופה של 12 חודשים רצופים המתחילה ביום ה 1 בינואר ומסתיימת ביום ה 31 בדצמבר לאותה השנה.

- 2.20 **תקופת אכשרה:** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבטח) ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה כאמור. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאנינו מכוסה.**
- 2.21 **תקופת המתנה :** תקופה רצופה, הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה לפי תנאי הפוליסה, ואשר **במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
- 2.22 **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח:** הסכום שישלם המבטח על פי הפוליסה, בקרות מקרה הביטוח למבטח. **סכומי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.**
- 2.23 **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל ירקות ופירות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.24 **המדד היסודי/המדד הקובע:** המדד שפורסם ביום 15.10.2025. **14570 נק'.** (במועד תחילת ההסכם)
- 2.25 **פרמיה/דמי הביטוח:** התשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה. דמי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.
- 2.26 **דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.27 **גיל/גיל ביטוחי:** גיל המבטח יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבטח לבין המועד בו המבטח הצטרף לפוליסה. במקרה בו קיים הפרש של שישה חודשים ומעלה יעוגל גיל המבטח כלפי מעלה (להלן: "גיל ביטוחי"). חרף האמור לעיל, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח בלבד, תקבע זכאותו של המבטח על פי תנאי הפוליסה לפי גילו הכרונולוגי, מקום בו גילו הכרונולוגי קטן מהגיל הביטוחי.
- 2.28 **תאריך לידה:** תאריך לידתו של המבטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.29 **חוק חוזה הביטוח:** חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.30 **ההסדר התחיקתי:** חוק חוזה הביטוח, הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009, חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, וכן התקנות, הצווים והוראות הממונה מכוח חוקים אלה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבטח, המוטב והמבטח.
- 2.31 **ישראל:** מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.

- 2.32 **ח"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.33 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.34 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח למבוטח הינם בעבור הוצאות ששילם המבוטח בפועל, שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה. **סכום ההשתתפות העצמית צמוד למדד היסודי בפוליסה.**
- 2.35 **הממונה:** הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון.
- 2.36 **תאונה:** חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי אלים ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות (מיקרו-טראומה) לא יחשבו כ"תאונה".**
- 2.37 **בית חולים:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות כבית חולים, המורשה לבצע את השירות הרפואי המכוסה תחת הפוליסה.
- 2.38 **בית חולים פרטי:** 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 בישראל אישרו לאותו בית חולים לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 2.39 **מוסד/בית החלמה:** מוסד בישראל המיועד לאחר ביצוע ניתוח מורכב בח"ל, לזקוקים להחלמה ובתנאי שקיימת בו השגחה רפואית לשהים בו.
- 2.40 **אשפוז:** שהייה בבית חולים, למעט שהייה לצורך שיקום בבית חולים פרטי, במוסד סיעודי, בית הבראה, בית החלמה או מוסד דומה. הוצאות האשפוז יחושבו על פי תעריף האשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים שבהסכם עם המבטח. הוצאות בגין האשפוז לא יכללו שירותים נוספים שקיבל המבוטח בתשלום במהלך האשפוז, לרבות אחות פרטית, שדרוג חדר אשפוז וכיו"ב.
- 2.41 **בדיקות הדמיה:** בדיקות אבחון להראיית איברים פנימיים של גוף האדם כגון רנטגן, אולטרה סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, מיפוי איזוטופים ובדיקות תהודה מגנטית.
- 2.42 **יום אשפוז :** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.43 **יועץ מלווה:** היועץ המלווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הפוליסה.

- 2.44 **המוטב:** יורשיו החוקיים של המבוטח או מי שקבע המבוטח כזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות.
- 2.45 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, **למעט רופא וטרינר ורופא שיניים**
- 2.46 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או מחוץ לישראל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, אשר הסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.47 **רופא מנתח/מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או מחוץ לישראל לביצוע הניתוח, שהסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.48 **נותן שירות שבהסכם:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר הקשור או שיתקשר עם המבטח בהסכם לטובת מתן שירות למבוטחים, ובלבד שהיה קשור עם המבטח בהסכם במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה.
- 2.49 **נותן שירות אחר:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.50 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירית (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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 2.51 **זריקה/ הזלפה/ עירוי (מתן תור ורידי):** טיפול רפואי פולשני-חדירי (Invasive Procedure) החודר דרך רקמות ומטרתו עיקרו ומהותו מתן טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה. **טיפול תרופתי העונה להגדרה זו לא ייחשב כניתוח.**
- 2.52 **שירות רפואי:** שירות שעיקרו ומהותו סיוע בנטילת התרופה בפועל ואשר ניתן על ידי רופא/ אח/אחות.
- 2.53 **מטרות אסתטיקה/קוסמטיקה:** טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה שאינו עקב צורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או קוסמטיקה, לרבות העלמת קמטים (ובכלל זה טיפולי בוטוקס ו/או חומצה היאלרונית או דומיהם) ו/או הסרת שיער ו/או השתלת שיער ו/או פילינג ו/או אנטי אייג'ינג (ANTI AGEING) ו/או ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ובלבד שלמבוטח יחס BMI הנמוך מ-36 וכן טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה למטרת תיקון קוצר ו/או רחוק ראייה.
- 2.54 **מצב רפואי קודם:** 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 לתכנית ביטוח הנכללת בפוליסה.

- 2.55 **מקרה הביטוח:** נסיבות שבהתקיימותן זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, כמפורט בפוליסה ובכפוף לתנאים להריגים ולסייגים המפורטים בה.
- 2.56 **שתל:** כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הפוליסה (כגון: עדשה, פרק ירך, תומך ווסקולארי, קוצב לב וכו'), למעט תותבת שיניים ושתל דנטאלי.
- 2.57 **איבר רפואי:** מכשיר אשר נזקק לו המבוטח בעקבות מקרה הביטוח, על פי הפניה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואשר נכלל בפנקס אמ"ר (אביזרים, מכשירים רפואיים) המפורסם על ידי משרד הבריאות.
- 2.58 **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:
1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
 2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.
- השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.
- 2.59 **טיפול מיוחד בחו"ל:**
- טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו שניים מהתנאים הבאים לפחות:
1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.
 2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או תגרם לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
 3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
 4. סיכויי הצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי הצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.
- 2.60 **ויטמינים:** תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.
- 2.61 **תוספי/תכשירי מזון רפואי:** תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.

2.62 **הטסה רפואית:** הטסה בסידורי טיסה מיוחדים, מקום בו המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בתנאי נוסע רגיל במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה.

3. **הצהרת בעל הפוליסה:**
בעל הפוליסה מצהיר, כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

4. **אופן הצטרפות לביטוח:**

4.1 **מבוטחים קיימים**
מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקודמת אצל המבוטח לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא ספירה מחודשת של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי) וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד. **מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם חריגים רפואיים אישיים יועברו באותם תנאים והחריגים כאמור, יחולו גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות לפוליסה החדשה וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד.**

4.2 **מבוטחים חדשים:**
החל מהמועד הקובע מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי **המועד המאוחר** מבין המועדים הבאים:

- (1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
- (2) היום בו ננקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
- (3) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
- (4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

4.3 כאשר מבוטח נדרש לפי תנאי הפוליסה לשלם את אחד הרכיבים הבאים:
(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;
לא יהיה ניתן לצרפו לאותו ביטוח, אלא אם מילא טופס הצטרפות בכתב המהווה את הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד/ דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה (בהתאם לתנאי הפוליסה).

במקרה בו המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח יהיה רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו במסגרת טופס הצטרפות.

סעיף 4.3 (הדרישה לקבלת טופס הצטרפות) לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה במצטבר :

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

(2) חידוש הפוליסה 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.

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

- (א) ניתוחים.
- (ב) תרופות.
- (ג) השתלות.
- (ד) מחלות קשות.
- (ה) שיניים.
- (ו) תאונות אישיות.

מבוטחים חוזרים:

4.4

מבוטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום / דווח על ידי הארגון כעוזב יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

תנאי הצטרפות:

4.5

הצטרפות חבר ובני משפחתו:

חבר חדש / קיים ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדים) יוכלו להצטרף לביטוח החל ממועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה. ההצטרפות לביטוח מותנית, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתם לביטוח.

הצטרפות בני המשפחה מותנית בהצטרפות החבר עצמו.

תינוק שנולד במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

4.6

תינוק שנולד (או אומץ כחוק או נולד בפונדקאות ונרשם כחוק) יצורף בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה או דחייה.

מובהר כי צירוף תינוק לפוליסה כאמור בסעיף זה, יהא כפוף להוראות בדבר מצב רפואי קודם לפי תקנות הפיקוח עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לפי מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

בן/בת זוג שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

4.7

בן/בת זוג שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה יצורפו בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה או דחייה.

רצף ביטוחי:

4.8

מבטוח שהיה מבטוח בפוליסת בריאות פרטית או קבוצתית, בין בחברה ובין אצל חברת ביטוח אחרת, וזו הייתה בתוקף ערב המועד הקובע, ויעבור לביטוח על פי הפוליסה החדשה, יהיה זכאי לרצף ביטוחי. רצף ביטוחי משמעותו העדר ספירה מחדש של תקופת אכשרה, רצף ביטוחי יחול לגבי כסויים וסכומים שהיו קיימים בפוליסה הקודמת וקיימים גם בפוליסה החדשה.

תנאי החיתום במעמד ההצטרפות לביטוח ברצף ביטוחי יקבעו על פי התנאים המסוכמים בין בעל הפוליסה למבטוח.

ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לילד בוגר בתקופת הביטוח בפוליסה החדשה - 4.9
יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית תעריף בוגר בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה (מבטוח ראשי) ע"י חברת הביטוח.

מתן מסמכים למבטוח:

5.

5.1 המבטוח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפות לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח על הביטוח.

5.2 **חידוש ללא שינוי בדמי ביטוח/תנאי כיסוי או הארכה לשלושה חודשים לצרכי מו"מ:**

על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, במקרים בהם חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטוח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטוח לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין:
(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
(2) את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
(3) את האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.3 **דרישת המבטוח לקבל העתק מן ההסכם עם בעל הפוליסה:**

חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.

נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

מתן הודעות למבטוח:

6.

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

- 6.2 **מקרה בו נדרש אישור פוזיטיבי :**
במקרה בו נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בסעיף 14.6 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
במקרה בו לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטוח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח.
הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 6.3 **חידוש אצל מבטח אחר:**
חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ 30 - ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 6.4 **סיום הפוליסה ללא חידוש:**
הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 6.5 **הפסקת זיקה בין מבטוח לבעל הפוליסה:**
פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, 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 המבטוח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 6.6 **הודעה בדבר הגבייה:**
חלה על מבטוח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

7. תקופת הביטוח:

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ 01.11.2025. (המועד הקובע) ועד 31.10.2030. (5 שנים)
- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא יגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטוח.

- 7.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.4 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח מסוים לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מבניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח על ביטול הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מבניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבוטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 20 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**
- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, 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.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 14.6 להלן ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח כמפורט בסעיף 6.2 לעיל, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך - 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

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

8.1.5 העדר זיקה לבעל הפוליסה: אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:

סיום חברות:

סיים החבר את חברותו בארגון, מכל סיבה שהיא, הביטוח של החבר ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים החבר את חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.

גירושין/סיום יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל) או פטירה (חו"ח) של המבוטח

במקרה בו מבוטח חבר התגרש/סיים יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל), הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין/סיום יחסים) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

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

8.2 יובהר, כי במקרה בו בעל הפוליסה יבקש לבטל את הפוליסה עבור כלל המבוטחים מכל סיבה שהיא במהלך חודש קלנדרי, הוא נדרש לשלם דמי ביטוח מלאים בגין אותו החודש במהלכו בוטלה הפוליסה ואם כבר נגבו דמי הביטוח, המבוטח לא יהיה חייב בהשבת דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו בוטלה הפוליסה.

8.3 בוטל הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.

8.4 המשכיות
תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבוטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויי הביטוחים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "**פוליסת פרט**"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם ובכפוף לתנאים הבאים:

8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).

8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא ספירה מחדש של תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים - החרגות רפואיות אישיות ככל ונקבעו), ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.

8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).

8.4.5 יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגבי בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.

9. סייגים מיוחדים לפוליסה זו:

הפוליסה תחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

9.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 2.20 לעיל.

9.2 סייג בשל מצב רפואי קודם:

9.2.1 המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה החל הסייג.

9.2.2 סייג בשל מצב רפואי קודם, יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח:

א. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

9.2.3 סייג בשל מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים (החרגה חיתומית):

על אף האמור בסעיף 9.2.2 סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

9.2.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

9.2.5 השבת דמי הביטוח בשל "מצב רפואי קיים":

במקרה בו נתבטל חוזה הביטוח בשל "מצב רפואי קיים" בהתאם להוראות המפורטות בסעיפים 9.1 ו-9.2 וכן מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה

הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

10. תשלום תגמולי הביטוח:

- 10.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.
- 10.2 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, המתבצעים מחוץ לישראל ישולמו ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 10.3 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח על ידי המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 10.4 נפטר המבוטח ונותרה יתרת חוב לנותן שירות בגין שירות רפואי שניתן למבוטח ואושר על ידי המבטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנותרה (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים על פי כל דין של המבוטח כפי שנקבעו על ידי בית המשפט המוסמך ובכפוף לכל דין.
- 10.5 תגמולי הביטוח שישולמו על ידי המבטח לא יעלו על סכומי הביטוח המרביים הקבועים בפוליסה, בעת הגשת התביעה לראשונה על ידי המבוטח למבטח. עודכן סכום הביטוח המרבי על ידי המבטח, לא יחול הסכום המרבי המעודכן על תביעה אשר הוגשה למבטח טרם העדכון האמור.
- 10.6 תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין כשלא היה זכאי להם יוחזרו למבטח מיד עם דרישתו הראשונה.

11. תחלופ (סוברוגציה):

- 11.1 הייתה למבוטח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי מכוח חוזה ביטוח בשל מקרה הביטוח, עוברת זכות זו למבטח, ממשילים למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם.
- 11.2 המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מהמבטח.
- 11.3 קיבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך.

11.4 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שנעשה שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. כפל ביטוח:

12.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, 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.

12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.

12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

13. התביעה וניהולה:

המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין השירותים הרפואיים ו/או יפצה את המבוטח עד לסכום הביטוח המרבי (סכום הביטוח המרבי בעת הגשת התביעה לראשונה), הכול בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שיתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:

13.1 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים שהמבטח דרש לשם בירור התביעה לרבות מידע על ביטוח אחר שנעשה בפני סיכונים המכוסים על פי הפרקים הנכללים בפוליסה זו. המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל בדיקה וחקירה לצורך בירור חבותו באופן סביר. היה מקרה הביטוח מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

13.2 המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים, להם נדרשה קבלת אישור מראש בפרקים הנכללים בפוליסה. מובהר כי העדר פניה של המבוטח למבטח לקבלת אישור מראש כאמור, עלול להביא להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה סכום תגמולי הביטוח שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת הודעה מראש (בכפוף לכך שלמבוטח זכאות למקרה הביטוח). הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה להודיע למבטח מראש על קרות מקרה הביטוח לא קיומה או קיומה באיחור מסיבות מוצדקות;

(2) אי קיום חובת ההודעה מראש או איחור בקיומה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב תגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. הופרה החובה להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח מראש כאמור בכוונת מרמה – פטור המבטח מחבותו.

- 13.3 המבוטח ימציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח.
- 13.4 המבוטח הסכים להיבדק בישראל על ידי רופא מטעם המבטח ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח, **(מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט)** וכן התיר לרופאים וכן לבית החולים בו עבר או עומד לעבור ניתוח או אושפז ולכל נותן שירות למסור למבטח כל ידיעה או מידע להם הוא זקוק, וחתם על כתב ויתור על סודיות רפואית בנוסח המקובל אצל המבטח. האמור בסעיף זה הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי הביטוח.
- 13.5 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.
- 13.6 **יובהר כי המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת הפוליסה בגין תשלומים עבור תרופות ו/או טיפולים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות שניתנה על ידי נותן שירות לתרופות ו/או טיפולים עתידיים.**
- 13.7 **על נותן השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים להיות בעל הרשאה על פי הדין החל בישראל ו/או בחו"ל, לפי העניין, לצורך מתן השירותים הרפואיים ו/או האבזרים ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים למבוטח, וככל שנדרש רישוי כלשהו לשם כך, יהא/יהיו נותן הטיפול ו/או השירות הרפואי והמרפאה הכירורגית הפרטית או בית החולים הפרטי בו מבוצע הטיפול ו/או השירות הרפואי בעל/י רישוי מתאים.**
- 13.8 בחירתו של רופא מנתח ו/או רופא מרדים שבהסכם או נותן שירות אחר, כפופה להסכמת בית החולים הפרטי/מרפאה כירורגית פרטית. תיאום הניתוח יעשה על ידי הרופא המנתח ו/או הרופא המרדים שנבחר על ידי המבוטח.
- 13.9 המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח, לרבות עצם בחירתו בפרוצדורה רפואית המחליפה פרוצדורה רפואית אחרת ו/או הפנייתו על ידי המבטח לבית חולים ו/או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל או פגם של הנ"ל או שנגרם משירות ו/או טיפול רפואי ו/או אבזרים ו/או מוצרים שסופקו למבוטח ו/או ששולמו בגינו/ם תגמולי ביטוח על פי הפוליסה. כאמור, בחירת ספק השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים ו/או בית מרקחת ו/או יצרן תרופה / אבזר ו/או סוג הטיפול ו/או סוג האבזר הרפואי הנדרש הינם באחריותו הבלעדית של בעל הפוליסה ו/או המבוטח, גם במקרה בו הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום המבטח ו/או על ידי הפניית המבוטח ו/או בעל הפוליסה לנותן השירות.
- 13.10 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר

שאינו בשליטת נותן השירות, פטור המבטח מלתת את השירותים על פי הפוליסה והמבטח ו/או נותן השירות לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

13.11

המבטחים הרשאים להיות מבטחים בפוליסה זו הינם רק תושבי ואזרחי מדינת ישראל וחבר באחת מקופות החולים בישראל.

כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק יובהר כי, הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. מבטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 180 בריצפות יום וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה**, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם ניתנו על ידי המבטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבטח בעת שהותו בחו"ל.

14. דמי הביטוח (הפרמיה):

14.1 דמי הביטוח יפורטו בדף הרשימה ובגילוי נאות המצורפים לפוליסה.

14.2 אם דמי הביטוח ישולמו בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי יחשב זיכוי בחשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי של המבטח כתשלום דמי הביטוח.

14.3 הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.4 דמי הביטוח ישולמו באמצעי גביה אישי של החבר.

14.5 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

14.6 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישנו.

14.7 שינויים בדמי הביטוח והדרישה לאישור פחיטיבי

14.7

בנוסף לאמור בסעיף לעניין התאמת דמי הביטוח (ככל וקיים), יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח (כלומר - לא ממומן על ידי בעל הפוליסה) בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם,

אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה.

אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבוטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג;

לעניין סעיף זה, "**העלאה של דמי הביטוח**":

- (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 הפליסה למבוטח, במלאה 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 החידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

15. התאמת דמי ביטוח:

בתום 19 חודשים מהמועד הקובע וכן בתום 37 חודשים מהמועד הקובע, תהא רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים, ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ו/או בהתאם למסכם עם בעל הפוליסה.

16. תנאי הצמדה:

דמי ביטוח, תגמולי הביטוח, סכומי הביטוח, סכומי גבולות אחריות המבוטח וההשתתפות העצמית הקבועים בפוליסה יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן המדד הבסיסי הקבוע בפוליסה ועד למדד האחרון שפורסם לפני מועד תשלום כל סכום.

לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א– 1961, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

17. יועץ הביטוח:

יועץ הביטוח שבעל הפוליסה ימנה ("יועץ הביטוח"), ובמועד חתימת הסכם זה- מלמד יועצים בע"מ אשר ילווה את בעל הפוליסה ויסייע במתן שירותים למבוטחים במסגרת הפוליסה כמפורט להלן:

- 17.1 טיפול בטענות או תלונות של המבוטחים הקשורות בנהלי המבוטח והשירות הניתן על ידו או ע"י סוכנות הביטוח, למבוטחים.
- 17.2 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לפנות בשם המבוטח, ולייצגו מול חברת הביטוח במקרה של תביעה, בכפוף לאישור המבוטח בכתב ולהוראות דיני הפרטיות.

- 17.3 המבטח יעביר ליועץ את כל החומר הנוגע לתביעה המצוי בידיו, בין אם החומר נמסר על ידי המבוטח ובין אם הגיע לידידיו שלא באמצעות המבוטח, והכול בכפוף לאישור המבוטח.
- 17.4 יועץ הביטוח יהיה מוסמך לדון עם המבטח לגבי התביעה, לגבי קבלתה או דחייתה.
- 17.5 למען הסר ספק, אין בהחלטת היועץ כדי למנוע מהמבוטח או המבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.

19. התיישנות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח וזאת בהתאם לחוק חוזה הביטוח, או כל הוראת חוק אחרת אשר תבוא במקומו. הייתה עילת התביעה נכוחת שנגרמה למבוטח ממחלה או תאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

20. חובת גילוי:

פוליסה זו נעשתה על יסוד טופס ההצטרפות, ההודעות וההצהרות שנמסרו בכתב למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות הידיעות, התשובות, ההודעות וההצהרות הנ"ל הינה מהותית לתקופה של הפוליסה אשר הוצאה על סמך הנחתו של המבטח כי המבוטח גילה לו את כל העובדות המהותיות לצורך הערכת סיכון המבוטח.

20.1 לא ענה המבוטח תשובות מלאות וכנות ו/או לא גילה למבטח עניין מהותי הן בהצעת הביטוח והן בכל מסמך אחר בו **נדרש לכך, יהיה המבטח רשאי לבטל את הפוליסה או להקטין את היקף חבותו, הכול לפי הוראות חוק חוזה הביטוח.**

20.2 **ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.**

20.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

(1) התשובה **ניתנה בכוונת מרמה;**

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמתו;
במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

20.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
(2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

20.5 **בביטוח תאונה, מחלה ונכות שבו חייב המבטח לשלם תגמולי ביטוח לפי שיעור מוסכם מראש (פיצוי), המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 20.1 עד 20.3 לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבטח או המוטב פעל בכוונת מרמה.**

21. מיסים והיטלים:
בעל הפוליסה או המבטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלמם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22. ההסדר התחיקתי וברירת הדין:
פוליסה זו כפופה להסדר התחיקתי ובכל מקרה של סתירה ביניהם ביחס להוראות קוגנטיות בלבד (הוראות שלא ניתן להתנות עליהן על פי הדין) יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

חילוקי דעות בנוגע לפרשנות ו/או תנאי הזכאות ו/או זכויות המבטח על פי פוליסה זו יתבררו על פי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

23. זכויות מבטח במהלך שירות צבאי:
בעת שירות צבאי חלות הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת ועלולות להגביל או למנוע מהמבטח קבלת טיפול רפואי פרטי. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש זכויות המבטח מתוקף פוליסה זו. המידע הנוגע להוראות אלו נמצא אצל רשויות הצבא ועל המבטח הנמצא בשירות צבאי להתעדכן בהן.

24. הודעות:
כל ההודעות המיועדות למבטח וכן כל המסמכים שיש למסור למבטח על פי תנאי הפוליסה ימסרו בכתב למשרדו הראשי של המבטח, לרבות בדוא"ל לכתובת המייל כפי שמפורסמת באתר החברה WWW.FNX.CO.IL בהתאם לנושא הפנייה או בכל אחת מדרכי ההתקשרות אותם פרסם המבטח לציבור המבוטחים באתר החברה.

המבטח ימסור את כל ההודעות למבטח על פי פרטי הקשר שנמסרו למבטח. במקרה ונמסרה כתובת של העובד/חבר אצל בעל הפוליסה בלבד, המבטח יראה את אותו עובד/חבר כשלוחם של יתר המבוטחים (בני משפחה המבוטחים בפוליסה) לעניין מסירת הודעות למבוטחים, אלא אם כן צוין בפני המבטח אחרת בדבר העדר שליחות כאמור (במקרה דגן ההודעות ישלחו למבטח לפי פרטי הקשר הידועים למבטח).

הודעות שנשלחו לפרטי הקשר הידועים של המבטח אשר נמסרו למבטח, יחשבו כהודעות אשר התקבלו במענו של המבטח.

רובד בסיס:

פרק 1- תכנית ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

הגדרות:

1.

1.1 "השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו ישתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

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

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

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

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

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

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

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

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

יובהר כי טיפול מיוחד מחוץ לישראל הינו למעט השתלה כהגדרתה לעיל.

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

1.5 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7.

3.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5. שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 לעיל - עד 5,000,000 ₪.

3.2.2 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 לעיל - עד 3,000,000 ₪.

3.2.3 להשתלה כהגדרתה בפסקה 1.1.3 לעיל - עד 150,000 ₪.

3.3 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7.

3.4 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

3.5	להוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:
3.5.1	הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
3.5.2	הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
3.5.3	הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
3.5.4	הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.
3.5.5	הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
3.5.6	הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
3.5.7	הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
3.6	להוצאות המפורטות להלן – שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:
3.6.1	הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל – עד 300,000 ₪.
3.6.2	הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים – עד 200,000 ₪.
3.6.3	הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה – עד 250,000 ₪.
3.6.4	הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪ על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.
3.6.5	הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל – עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.

- 3.6.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל – עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 שקלים חדשים אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
- 3.6.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כסוי בגובה 200,000 ₪.
- 3.7 **להוצאות המפורטות להלן – פיצוי לפי סכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**
- 3.7.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪, לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח אשר קיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 3.7.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.
- 3.7.3 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, בלא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.
- 3.8 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה תבוצע ו/או בוצעה, בהתאם להוראות חוק השתלת אברים, ובכלל זה ולשם כך יבחן המבטח אם נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל במדינה בה צפויה להתבצע ההשתלה, ומתקיימות הוראות חוק איסור סחר באיברים.
4. **תקופת אכשרה:**
ללא תקופת אכשרה לפרק זה.
5. **הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**
- 5.1 **פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:**
מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
- 5.3 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

- 5.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל 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.
- 5.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
- 5.7 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.8 טיפולי רפואה משלימה.
- 5.9 טיפולים נפשיים.
- 5.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
- 5.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק 2 - תכנית ביטוח תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 "בדיקה גנטית" -** בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- 1.2 "טיפול תרופתי" -** נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3 "מדיניות מוכרות" -** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורווגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.4 "מרשם" -** מסמך רפואי חתום בידי רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5 "הרשות המוסמכת" -** הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווקת התרופה.
- 1.6 "המחיר המרבי המאושר לתרופה" -** הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.7 "סל שירותי הבריאות" -** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.8 "רופא מומחה" -** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה.
- 1.9 "תקופת אכשרה" -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 "תרופה" -** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.11 "תרופת יתום" -** תרופה לטיפול במחלה נדירה.

1.12 "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתווייה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה, מכוח תקנה 29(א)(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

1.13 "תרופה ניסיונית"
תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מאלה:

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

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

1.13.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.14 "Off Label תרופה"
תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתווייה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:

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 האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa;
 - ב. חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B;
 - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa;
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מאלה לפחות:
 - א. NCCN;
 - ב. ASCO;
 - ג. NICE;
 - ד. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא לפחות אחד משני המצבים האלה:

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

- 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.1.3 תרופה OFF LABEL.
- 2.1.4 תרופות יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 2.1.5 תרופה מיוחדת.
- 2.2** מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי:

- 3.1 כיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
- 3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ .
- 3.1.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ , ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.
- 3.1.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- 3.1.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3.2 סכום השיפוי המירבי לתרופה (סעיף 3.1) לא יעלה על "המחיר המרבי המאושר לתרופה".**
- תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.**

במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

4.

תקופת אכשרה:

ללא תקופת אכשרה לפרק זה.

5.

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק התרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

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

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

5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.

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

5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004.

5.7 תרופה ניסיונית.

5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.

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

5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.12 שתל, אבזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אבזר מצופה תרופה.

5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

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

6. השתתפות עצמית:

- | | |
|-----|--|
| 6.1 | סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 – 300 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש. |
| 6.2 | סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 – 500 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש. |
| 6.3 | על אף האמור בסעיפים קטנים (6.1) ו-(6.2), לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים. |

פרק 3- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין שבוצעה לאחריו.
- 1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף.
- 1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חירורית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 **"ניתוח מורכב"** - ניתוח שעקבותיו אושפי המבוטח במשך 7 ימים לפחות.
- 1.5 **"רופא מומחה"** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 1.6 **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.7 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.8 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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 ביטוח:

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל. ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

הכיסוי הביטוחי:

פוליסת ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.

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

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

3.3 לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל. לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.4 הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3:

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

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

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

3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה; במקרה שהמבטח קטין – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולשני מלווים.

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

3.4.6 הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

3.5

הוצאות שעלותן תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2 :

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

3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל – עד 4,000 ₪.

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

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

3.5.5 הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח – עד 60,000 ₪.

3.5.6 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:

3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב – עד 650 ₪ ליום.

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

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

3.5.6.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה – עד 400 ₪ לכל יום.

3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח – עד 100,000 ₪.

3.6 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

4. תקופת אכשרה:

ללא תקופת אכשרה לפרק זה.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

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

5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים.

5.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.

5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

5.5 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.

5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

5.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.

5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:

5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.

5.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.9 טיפולי רפואה משלימה.

5.10 טיפולים נפשיים.

5.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.

- 5.12 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.
- 5.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות בדיקות ופעולות הדמיה כגון CT ו-MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

רובד מורחב א' :
פרק 4- ניתוחים בישראל
מסלול א'- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
(שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית)

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 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 בישראל אישרו לאותו ב"ח 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 בישראל, 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 **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 אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

1.10 **"הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח"** - הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורת מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר התייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,400 ₪. 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 שבהסדר ניתוח;

3.3 כיסוי הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

3.4 **טיפול מחליף ניתוח;** באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

4. תקופת אכשרה:

- 4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק הניתוחים מסלול שקל ראשון ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף 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, 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.
- כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 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" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.

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

5.9 **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.**

6. תביעות

6.1 בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח:

הכיסוי הביטוחי יינתן רק אם בוצע על ידי נותני שירות שבהסדר ניתוח. על המבוטח לקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר ניתוח, את עלות ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר. למען הסר ספק, על אף האמור בסעיף התביעות לתנאים הכלליים, חברת הביטוח תשלם בשל ניתוח, לרופא או למוסד רפואי שבו בוצע הניתוח ולפי הסדר ניתוח בלבד.

6.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות :

6.2.1 הכיסוי הביטוחי יינתן בין אם בוצעו על ידי נותן שירות שבהסדר ובין אם על ידי נותן שירות שאינו בהסדר בהתאם למפורט : ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר, המבוטח יבקש את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר קבלת אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר.

6.2.2 ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסדר, המבטח ישלם למבוטח או לנותן השירות, על פי בחירת המבוטח, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח **עד לתקרה המפורטת בסעיף הכיסוי הביטוחי בלבד.**

6.2.3 **טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/ פרוצדורות/ תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.**

פרק 4- ניתוחים בישראל
מסלול ב'- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
(ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית)
מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 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 בישראל אישרו לאותו בי"ח 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 מטרות דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה בישראל, 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 **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 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/ טיפול מחליף ניתוח"** – הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

2. **מקרה הביטוח:**

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

3. **התחייבות המבטח:**

3.1 בקורות מקרה הביטוח ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התיבועות (סעיף 7 להלן), המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל רק במקרים הבאים:

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

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

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

3.2 בקורות מקרי הביטוח בהם תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל **נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים** (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החברה כאמור או ביטול השב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1.2 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר. ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר לפני העניין. יובהר, כי לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 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, בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון", ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להתחייבות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי כדלקמן:

4.1 שלוש **התייעצויות** בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,400 ₪ לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**

4.2 שכר **מנתח** שבהסדר ניתוח.

4.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

4.3.1 שכר רופא מרדים.

4.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

4.3.3 ציוד מתכלה.

4.3.4 שתלים.

4.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

4.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

4.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

4.4 **טיפול מחליף ניתוח**; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

5. תקופת אכשרה:

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

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

6. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק ניתוחים מסלול שב"ן ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.

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

6.3 ניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי 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.

כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.

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

6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7. תביעות

7.1 בנוסף על האמור בסעיף התחייבות המבטח, סעיף 3 לעיל, המבטח יפנה לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותו לכיסוי הביטוחי על פי תנאי השב"ן. לאחר קבלת התייחסות השב"ן לזכויות המבטח כאמור, המבטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו לשם קבלת אישור המבטח למקרה הביטוח ולזכויותו לכיסוי הביטוחי מתוקף תכנית זו לפני ביצועו.

למען הסר ספק, אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכויות המבטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תכנית זו.

7.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח:

7.2.1 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש שקבע כי מצבו הרפואי של המבטח מחייב ניתוח.

7.2.2 **טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.**

8. ברות ביטוח:

המבטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:

8.1 **"ברות ביטוח"** - זכויות של המבטח למעבר מתוכנית זו לתכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן: "פוליסת שקל ראשון") - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שאינה פוליסה משלימת שב"ן, המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

8.1.1 סיום חברות המבטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.

8.1.2 מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

8.2 המעבר בין התוכניות יעשה בכפוף לבקשת המבטח למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

8.3 תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן.

8.4 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

פרק 4- ניתוחים בישראל
מסלול ג'- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
(ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪)
מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

- 1. הגדרות:**
 - 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 בישראל אישרו לאותו ב"ח 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 בישראל, 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 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 אביר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגלים 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 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/ טיפול מחליף ניתוח"** - הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 **השתתפות עצמית- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח מסוג ניתוח על פי תנאי התכנית, יעמוד על 5,000 ₪ צמוד למדד הפוליסה.**

2. מקרה הביטוח:

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

3. התחייבות המבטח:

3.1 בקרות מקרה הביטוח ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התביעות (סעיף 7 להלן), המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל רק במקרים הבאים:

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

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

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

3.2 בקרות מקרי הביטוח בהם תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החברה כאמור או ביטול השב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1.2 לעיל ויראו אותו כמי שחברתו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך

ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר לפי העניין. יובהר, כי לצורך חישוב ההפרש האמור, תיקבע השתתפות המבטח על פי המידע הקיים אצל המבטח לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן, בהתאם לניתוח בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון" **(אך בכפוף לניכוי השתתפות עצמית)**. ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

3.4 מקרה בו עלות הניתוח על פי הסדר ניתוח עם נותן שירות המבוקש על ידי המבטח, נמוכה מגובה ההשתתפות העצמית (5,000 ₪) תהיה באפשרות המבטח לפנות למבטח ולקבל את אישורו מראש ובכתב לכך שהמבטח יעבור את הניתוח אצל נותן השירות במחיר שקבוע בהסדר הניתוח בין המבטח לבין נותן השירות כאמור. למען הסר ספק, **מובהר ומוסכם כי העלות בגין הניתוח על פי סעיף זה תחול על המבטח בלבד.**

4.

הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח ובכפוף להוראות סעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבטח לכיסוי הביטוחי כדלקמן:

4.1 **שלוש התייעצויות** (אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח) בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,400 ₪ לעניין זה יובהר כי **ההתייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

4.2 **שכר מנתח בכפוף לתשלום השתתפות עצמית .**

4.3 כיסוי **הוצאות ניתוח בכפוף לתשלום השתתפות עצמית** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

4.3.1 שכר רופא מרדים.

4.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

4.3.3 ציוד מתכלה.

4.3.4 שתלים.

4.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

4.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

4.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

4.4 **טיפול מחליף ניתוח;** באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

תקופת אכשרה:

5.

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

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

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

6.

פרק ניתוחים בישראל, מסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪, יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;

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

6.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאתרי 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, בלבב, 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.

כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

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 באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית , פעולת איבה או עקב שירות המבטוח בפעילות בעלת אופי צבאי .**
- 6.8 **מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;**
- 6.9 **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.**

7. תביעות :

- 7.1 בנוסף על האמור בסעיף התחייבות המבטח, סעיף 3 לעיל, לצורך קבלת הכיסוי הביטוחי המבטוח יפנה לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותו לכיסוי הביטוחי על פי תנאי השב"ן. לאחר קבלת התייחסות השב"ן לזכויות המבטוח כאמור, המבטוח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו לשם קבלת אישור המבטח למקרה הביטוח ולזכויותו לכיסוי הביטוחי מתוקף תכנית זו לפני ביצועו. **למען הסר ספק, אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכויות המבטוח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תכנית זו .**
- 7.2 **בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח:**
- 7.2.1 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבטוח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש שקבע כי מצבו הרפואי של המבטוח מחייב ניתוח.
- 7.2.2 **טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.**

8. ברות ביטוח :

- 8.1 **"ברות ביטוח"-** זכויות של המבטוח למעבר מתוכנית זו לתוכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן: "פוליסת שקל ראשון") - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שאינה פוליסה משלימת שב"ן, המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
- 8.1.1 סיום חברות המבטוח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח , מבלי שהמבטוח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.
- 8.1.2 מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבטוח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת)
- 8.2 המעבר בין התוכניות יעשה בכפוף לבקשת המבטוח למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

- 8.3 תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתוכנית ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכפוף לכל התנאים וכל הסייגים שבתוכנית זו ובתנאים כלליים לתוכניות ביטוח בריאות.
- 8.4 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

פרק 5- שירותים רפואיים אמבולטוריים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בפרק זה על כל תתי פרקיו.

תת פרק 5.1 - יעוץ ובדיקות

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה בישראל (אם וכפי שנקבע בצמוד לסעיף הרלוונטי בפרק זה), ביצוע בדיקות ו/או התייעצויות שלא בעת אשפוז כמפורט בתוכנית זו וזאת במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 6 להלן (**"להלן: "השירותים"**).

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בתוכנית זו יינתנו בישראל בלבד, ואם מדובר בשירותים הניתנים באופן דיגיטלי/ און ליין (ON LINE) - בכפוף לכך שנותן השירות והמבוטח שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית, עד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית, לתת פרק זה - 5.1:
תגמולי הביטוח שישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 4 שלהלן, יהיה עד לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף הרלוונטי בשנה קלנדרית.

4. השירותים:

4.1 פרק א' - התייעצות עם רופא מומחה

4.1.1 המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין ייעוץ פרונטלי או און ליין ובתנאי שמדובר ברופא מומחה מישראל בלבד לגבי מצבו הרפואי של המבוטח. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 950 ש"ח לייעוץ ובכל מקרה **לא יותר מ-3 התייעצויות** בשנה קלנדרית. על אף האמור בסעיף זה, תאשר בשנה קלנדרית התייעצות אחת בלבד עם פסיכיאטר מתוך כמות ההתייעצויות המכוסה.

בנוסף, יינתן החזר בגין השתתפות עצמית להתייעצות עם רופא דרך השב"ן. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 200 ₪ ליעוץ ובכל מקרה **לא יותר מ-3 התייעצויות** בשנה קלנדרית.

4.1.2

חוות דעת שנייה בארץ ובחו"ל :

המבטח ישלם החזר הוצאות עבור חוות דעת שנייה בארץ ובחו"ל, לאחר שהמבוטח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלה שאובחנה לראשונה בתקופת הביטוח.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 1,200 ₪ לחוות דעת שנייה בארץ ו-8,000 ₪ במקרה של חוות דעת שנייה בחו"ל.

הזכאות לחו"ד בארץ הינה שלוש פעמים בשנה קלנדרית ופעם אחת בחו"ל בתקופת ביטוח וסך כל ההתייעצויות בארץ ובחו"ל בשנה קלנדרית לא יעלו על שלוש פעמיים.

חוות דעת שנייה בארץ לא תאושר בפרק זה במקרה שנקבע צורך בנייתו.

מובהר כי הוצאה שתשולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא תכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין הוצאה זוהה.

4.1.3

סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח בגין פרק א':

4.1.3.1 פרק זה אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית ו/או רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או התייעצות לצורך מעקב נטילת תרופות, ו/או התייעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית ו/או לצורך קביעת אחוזי נכות.

4.1.3.2 פרק זה אינו מכסה מצב בו בחר המבוטח להתייעץ עבור אדם אחר (למשל, עבור ילדו, הוריו וכיוצ"ב). במקרה בו אותו "אדם אחר" הינו מבוטח בפוליסה זו אצל המבטח, תיבחן זכאותו להתייעצות תחת הפוליסה שלו.

4.1.3.3 במקרה בו במסגרת ביצוע בדיקה אבחנתית ו/או מניעה כמפורט בפרק ב', בסעיף 4.2 להלן, או במסגרת בדיקות הריון ולידה כמפורט בפרק ג', סעיף 4.3 להלן, בוצעה גם התייעצות עם רופא מומחה בנוגע לאותה הבדיקה, ההחזר בגין ההתייעצות יינתן בכפוף לתקרות המופיעות בפרק א' בסעיף 4.1.1 לעיל.

4.1.3.4 יובהר כי במקרה ובנוסף לתת פרק זה מחזיק המבוטח גם בתת פרק "אבחון רפואי מהיר" ששווק אצל המבטח החל מ-01.10.2023, במסגרתה ביצע המבוטח תהליך אבחון מהיר אשר כולל תשלום השתתפות עצמית בגין ייעוץ ו/או בדיקות אבחנה, לא יבוצע החזר במסגרת תכנית זו עבור ההשתתפות העצמית אשר שולמה בגין האבחון המהיר.

פרק ב' - בדיקות אבחנתיות ומניעה

המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין בדיקות אבחנתיות ומניעתיות המפורטות להלן וזאת על פי הוראת רופא מומחה בישראל בתחום הרלוונטי.
יובהר כי לא יכוסו במסגרת סעיף זה בדיקות מעקב שגרתי ובדיקות סקר שלא לצורך אבחנת מצבו הרפואי של המבטח כפי שמפורט במקרה הביטוח בסעיף 1 לפרק זה.

4.2.1 **בדיקות אבחנתיות (רשימה סגורה- הכיסוי לא יחול עבור בדיקות נוספות)**

4.2.1.1 הדמיה באמצעות אולטרסאונד u.s (לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו לב), החזר הוצאות למבטח עד 500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.2 בדיקות באמצעות רנטגן (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית), החזר הוצאות למבטח עד 1,500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.3 הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת CT (להוציא בדיקת PET), החזר הוצאות למבטח עד 1,500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.4 הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בנוסף בבדיקת CT PET, החזר הוצאות למבטח עד 3,500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.5 בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית המפורטות בסעיף **זה בלבד (רשימה סגורה):** EEG, EMG, NCT, NCV, א.ק.ג., החזר הוצאות למבטח עד 1,500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.6 בדיקות מעבדה אבחנתיות **(רשימה סגורה):** בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST), החזר הוצאות למבטח עד 500 ₪ לבדיקה.

4.2.1.7 ככל ותידרש על פי הפניית רופא מומחה בבדיקה אבחנתית שאינה מופיעה בסעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.6 הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו, יינתן החזר הוצאות למבטח **ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.**

4.2.1.8 **גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית לכל הבדיקות האבחנתיות בסעיף 4.2.1:**

המבטח ישלם למבטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין הבדיקות האבחנתיות כמפורט בסעיף 4.2.1 זה, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך של 7,000 ₪ לכל הבדיקות שיבוצעו בשנה קלנדרית ובכפוף לגבול אחריות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל.

4.2.2 **סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח בגין פרק ב':**
 יובהר כי במקרה ובנוסף לתת פרק זה מחזיק המבטח גם בתת פרק "אבחון רפואי מהיר" ששוק אצל המבטח החל מ- 01.10.2023 שבמסגרתו ביצע המבטח תהליך של אבחון מהיר אשר כולל תשלום

השתתפות עצמית בגין ייעוץ ו/ או בדיקות אבחנה, לא יבוצע החזר במסגרת פרק זו עבור ההשתתפות העצמית אשר שולמה בגין האבחון המהיר.

4.3 פרק ג'- שירותים בגין הריון ולאחר הלידה:

גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית לפרק ג' :
המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין השירותים כמפורט בפרק זה, עד לסך של 5,000 ₪ עבור כלל הבדיקות יחד בכל הריון ו-7,000 ₪ עבור כלל הבדיקות בהריון רב-עוברי, למעט הליך הפרייה חוץ גופית.

תנאים מיוחדים לפרק ג'
פרק זה יחול גם על מבטח בתכנית זו אשר אינו נושא את העובר ברחמו, וזאת בתנאי שהוא קשור להריון (בעל זיקה ישירה להריון).

במקרה בו יש מספר מבטחים הקשורים להריון כאמור בסעיף זה לעיל, ישולם לכל אחד מהם החזר הוצאות ובתנאי שההחזר לא יעלה על סך ההוצאות שהוצאו בפועל עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון ובכפוף לגבול אחריות המבטח לפרק זה.

אם תוגשנה מספר בקשות להחזר על אותו שירות/אותה בדיקה, על ידי מספר מבטחים הקשורים להריון כאמור לעיל, ההחזר יבוצע לכל מבטח ובלבד שסכום ההחזר הכולל לכל המבוטחים בגין אותו שירות / בדיקה, לא יעלה על ההוצאה בפועל של הבדיקה/השירות ובכפוף לגבול אחריות המבטח בפרק זה.

4.3.1 שירותים הניתנים בתקופת טרום הריון:

ביצוע בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון - בדיקות דם לבדיקת סיכון רקע למחלות מולדות ולמחלות גנטיות לצורך תכנון משפחה.
החזר ההוצאות בגין כל הבדיקות שיבוצעו טרום הריון יהיה בשיעור של 80% ועד 1,000 ₪.
לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון נוסף.

4.3.2 שירותים הניתנים במהלך ההריון:

4.3.2.1 **סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר** - החזר הוצאות עבור סקירה על קולית (U.S) לבדיקת מערכות עובר, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד עד 1,500 ₪.

4.3.2.2 **בדיקת שקיפות עורפית** - החזר הוצאות עבור **בדיקת שקיפות עורפית**, תהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 1,500 ₪.

4.3.2.3 **בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי)** - החזר הוצאות עבור בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי), תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 1,500 ₪.

4.3.2.4 בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי") - החזר הוצאות עבור בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי"), תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪.

4.3.2.5 בדיקת NIPT - החזר הוצאות עבור בדיקת NIPT, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪.

4.3.2.6 סיססי שלייה - החזר הוצאות עבור בדיקת סיססי שלייה, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד עד 2,500 ₪.

4.3.3 הליך הפרייה חוץ גופית (IVF):

המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות עבור הליך הפרייה חוץ גופית לצורך הולדת ילד הכולל אחד או יותר מהטיפולים הבאים בלבד:

1. שאיבת ביצית
 2. הפריית הביציות במעבדה
 3. החזרת העוברים לרחם
- החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ולא יותר מ- 10,000 ₪ לכל הליך ומקסימום עד שני הליכים בכל תקופת הביטוח.**

לא יינתן החזר בגין נטילת תרופות שידרשו במסגרת ולצורך ההליך.

5. תקופת אכשרה/ המתנה:

- 5.1 ללא תקופת אכשרה לפרק זה.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה בנוגע לפרק ג'- שירותים בגין הריון ולאחר הלידה הינה 6 חודשים.

6. חריגים:

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - ייעוץ ובדיקות יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים האלה:

- 6.1 התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.
- 6.2 התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.
- 6.3 התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.
- 6.4 התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגנטיביות.

- 6.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ- 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצטבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
- 6.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 6.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 6.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 6.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כסויים הנקובים במפורש בתוכנית זו.
- כמו כן, המבוטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:
- 6.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.12 אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 6.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפש מסוג פיזיות ו/או אי איכפתיות.
- 6.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

- 6.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכר בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 6.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 6.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 6.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 6.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 6.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

רובד מורחב ב': **פרק 6- שירותים רפואיים אמבולטוריים**

תת פרק 6.1 קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק קנאביס רפואי לחולה אונקולוגי, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנוותן השירות עבור הוצאות, לפי העניין, **בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.**

טיפולים לאחר אירוע רפואי:

1. מקרה הביטוח ומועד קרות מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אגב מחלת הסרטן אשר אירע לראשונה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה ואשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים, בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה **(להלן: "השירותים")**.
מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית ועד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. השירותים:

קנאביס רפואי:

המבטח ישפה את המבוטח החולה במחלה אונקולוגית בגין טיפול בקנאביס רפואי ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.
ינתן כיסוי לקנאביס רפואי למבוטחים מטופלים במחלה אונקולוגית פעילה, או בעת טיפול אנטינאופלסטי פעיל.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-1,000 ₪ למרשם ועד 15,000 ₪ לתקופת הביטוח.
תקופת האכשרה לסעיף זה תהא 30 יום.

חריגים:

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

- 4.1 התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.
- 4.2 התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.
- 4.3 התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.
- 4.4 התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.
- 4.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ- 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
ג. כיסויים הנקובים במפורש בפוליסה.
- 4.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 4.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 4.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 4.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.

כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה - פרק א' טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:

- 4.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.
- 4.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.
- 4.12 אלוהולזים ו/או צריכת אלוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 4.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פיזיות ו/או אי איכפתיות.
- 4.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 4.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכר בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 4.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 4.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 4.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 4.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 4.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 6.2 - רפואה משלימה

1. המבוטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן, וטיפולים אלה בלבד (להלן: "הטיפולים"):

- 1.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 1.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 1.3 שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 1.4 אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 1.5 כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 1.6 הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 1.7 פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 1.8 ביו פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 1.9 נטורופתיה - טיפול בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 1.10 ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תזונה למבוטח.
- 1.11 שיטת טווינה - במגע מקומי ומערכתי המשלב מסג' רקמות עמוק.

2. הזכאות לכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין טיפולים כמפורט לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים להלן ולסעיף החריגים:

2.1 ניתן לו אישור בכתב מרופא לקבלת השירותים המעיד על הבעיה הרפואית.

2.2 המטפל הינו מטפל מוסמך בתחום הרלוונטי.

3. הכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד 12 טיפולים בשנה קלנדרית, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה, בין אם הטיפולים יינתנו על ידי מטפל בתחום אחד מתחומי הטיפולים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב בכמה תחומים.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 150 ₪ לטיפול.

4. חריגים

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:

4.1 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).

4.2 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב על ידי הרופא המטפל במבוטח, כי קבלת השירות נדרשת לנוכח צורך רפואי ברור.

- 4.3 הוצאות שהוציא המבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה, לדוגמא בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.
- 4.4 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבוטח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.
- 4.5 קבלת שירותים בבית המבוטח או בספא או בבית מלון.
- 4.6 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.

תת פרק 6.3 - שיפוי בגין הוצאות רפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק שיפוי בגין הוצאות רפואיות הנובעות מגילוי מחלה קשה, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות שהוציא, **בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה זו.**

1. מקרה הביטוח:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, אם מתקיים במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה אחד מהאירועים הרפואיים המפורטים להלן (רשימה סגורה):

- 1.1 מחלות כבד – מצב בו נצפית בבדיקות המעבדה עליה בתפקודי הכבד מעל הנורמות המקובלות.
- 1.2 השתלת איברים מכל סוג שהוא.
- 1.3 מחלת ריאות כרונית – מצב בו נצפית הפרעה בתפקודי הריאות ו/או בהדמיה של הריאות שביצע המבוטח.
- 1.4 עמילואידוזיס או חשד לעמילואידוזיס שהועלה על ידי רופא המטפל בחולה.
- 1.5 תרדמת מלאה או חלקית מכל סיבה שהיא.
- 1.6 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש בקבלת עירוי דם (AIDS) ו/או צהבת שאובחנה במבוטח.
- 1.7 אנמיה אפלסטית או חשד לאנמיה אפלסטית שהועלה על ידי רופא המטפל במבוטח.
- 1.8 איבוד גפיים מלא או חלקי.
- 1.9 טרשת נפוצה או חשד לטרשת נפוצה שהועלה על ידי רופא המטפל במבוטח.
- 1.10 חירשות מלאה או חלקית באוזן אחת או בשתי האוזניים.
- 1.11 עיוורון מלא או חלקי בעין אחת או בשתי העיניים.
- 1.12 מחלת פוליו או מחלה נירולוגית אחרת הפוגעת בתפקוד הגפיים לרבות פרקינסון.
- 1.13 ניוון שרירים מסוג ALS או חשד ל ALS או ניוון שרירים אחר ממנו סובל המבוטח.
- 1.14 שיתוק חלקי או מלא של גפה או הגפיים.
- 1.15 נזק מוחי מכל סוג לרבות שבץ מוחי או חשד לשבץ מוחי או לכל אירוע מוחי אחר המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי קבוע או זמני.
- 1.16 אילמות, אובדן דיבור זמני או קבוע.
- 1.17 דלקת חידקית של קרום המוח או חשד לדלקת חידקית של קרום המוח.
- 1.18 דלקת מוח מכל סוג שהוא או חשד לדלקת מוח.
- 1.19 צפדת (טטנוס) או חשד למחלה שהועלה על ידי רופא המטפל במבוטח.
- 1.20 גידול שפיר של המוח מכל סוג שהוא.
- 1.21 יתר לחץ דם ריאיתי או חשד לעליה בלחץ התוך ריאיתי.
- 1.22 כוויות מדרגה שניה ומעלה מהן סובל המבוטח.
- 1.23 התקף לב חריף או חשד להתקף לב לרבות הפרעות קצב וכאבי חזה בלתי מוסברים .
- 1.24 ניתוח לב מכל סוג שהוא.
- 1.25 קרדיومیופטיה.
- 1.26 אי ספיקת כליה – מצב בו נצפית אצל המבוטח הפרעה בתפקודי הכליות בבדיקות מעבדה.
- 1.27 סרטן מכל סוג שהוא לרבות סרטן הדם ו/או הבלוטות. – מצב בו מאובחנים אצל המבוטח תאים הגדלים ומתחלקים באופן בלתי מבוקר.

2. הכיסוי הביטוחי:

- 2.1 קרה מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח:
עבור מבוטח מבוגר (מגיל 22 ומעלה): ישפה המבטח את המבוטח בסכום הנקוב בסעיף

2.2 בגין הוצאות רפואיות אשר הן אחת מאלה:

התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, אביזרים רפואיים, טיפולים רפואיים (ללא טיפולי רפואה משלימה), שעות ליווי מטופל ע"י ארגון מוכר, אשר המבוטח נדרש לבצע כפועל יוצא מהמחלה.

עבור מבוטח ילד (עד גיל 21 כולל): ישפה המבטח את המבוטח בסכום הנקוב בסעיף 2.2.

2.2 **עבור מבוגר (מגיל 22 ומעלה):** ההחזר יהיה בשיעור של 50% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 30,000 ₪ למקרה ביטוח.

עבור ילד (עד גיל 21 כולל): ההחזר יהיה בשיעור של 50% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.

3. **תקופת אכשרה :** תקופת אכשרה לכיסוי זה תהא 30 יום.

4. **חריגים:**

בנוסף לסייגים, ההגבלות וההחרגות המפורטים בתנאים הכלליים, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:

4.1 **ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.**

4.2 **השתתפות המבוטח בתחביבים מסוכנים הבאים/ בפעילויות ספורט אתגרי המסוכנות הבאות:**

4.2.1 **אוויר - גלישה ו/או דאיה ו/או רכיפה באוויר (ממונעת ולא ממונעת), צניחה חופשית, צניחה, טיסה בכלי טיס כלשהו (למעט בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים).**

4.2.2 **מוטורי ויבשתי - מירץ מכוניות, מירץ אופנועים, רכיבת שטח על אופנוע ו/או אופניים, מוטוקרוס, סנובורד, סקי שלג ו/או החלקה על קרח באמצעות מכשור מתאים לפעילות זו, כגון מגלשי סקי או מחליקי קרח, במסגרת חובבנית או מקצועית, כולל רכיבה על אופנוע שלג, אגרוף, האבקות וכל סוגי קרב מגע למיניהם, צייד, רכיבה על סוסים, טיפוס קירות, קפיצת באנג'י, פארקור.**

4.2.3 **גבהים - טיפוס הרים בעזרת חבלים וגם/או בעזרת מדריכים, גלישת מצוקים.**

4.2.4 **ימי - צלילה תוך שימוש במיכלי חמצן עד לעומק של 30 מטר, רפטינג, סקי מים, גלישת גלים, אופנוע ים, גלישת רוח, מצנח גלישה (קייט סרפינג).**

4.25 **צלילה תוך שימוש במיכלי חמצן לעומק העולה על 30 מטר.**

4.3 **הריון ו/או לידה.**

4.4 **אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש**

לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.

4.5 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או אי אכפתיות.

4.6 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.

4.7 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

4.8 פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה (פח"ע) או פעולה על רקע לאומני או טרור מכל סוג שהוא.

תת פרק 6.4 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות שהוציא, **בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה זו**

1. מקרה הביטוח - מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים במהלך תקופת הביטוח וכן בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה (להלן: "השירותים").

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. השירותים

2.1

אבזרים רפואיים:

לצרכי סעיף זה יוגדרו אבזרים רפואיים כדלקמן ולא תחול ההגדרה לאבזר

בתנאים הכלליים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאבזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באבזר מתוך הרשימה הסגורה שלהלן:
פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), 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 לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, מדרסים על פי מרשם רפואי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.

2.2

טיפול בתא לחץ :

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפול בתא לחץ במקרים ובתנאים הבאים:
א- הטיפול המומלץ ע"י רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
ב- הטיפול ניתן בעקבות מצבו הבריאותי של המבוטח כתוצאה מפגיעה מוחית, סוכרת, זיהומים, בצקות, נזקי רעלנים, חסימת עורק הרשתית, נמק, ראייה שניזוקה מפגיעה תוך עינית.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 15,000 ₪ לתקופת ביטוח.

3. ללא אפשרה לפרק זה.

4.

חריגים:

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים האלה:

- 4.1 התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח, למעט בדיקות סקר ובדיקות מניעה המפורטות בתת פרק 5.1 בסעיף 4.2.3.5 ו 4.2.3.6 לעיל.
- 4.2 התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.
- 4.3 התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.
- 4.4 התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.
- 4.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ – 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצטבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
- 4.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 4.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 4.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 4.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית זו.
- 4.10 כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:
4.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 4.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.

- 4.12 אלכוהולים ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 4.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לא ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או אי איכפתיות.
- 4.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 4.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכר בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 4.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 4.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 4.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 4.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 4.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 6.5 – טיפולי פיזיותרפיה בכל גיל / הידרותרפיה מגיל 16

1. המבוטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה, אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח (להלן: "הטיפולים"), בכפוף לתנאים המפורטים להלן.

2. הזכאות לכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין טיפולים כמפורט לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים להלן ולסעיף החריגים:

2.1 ניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת השירותים עקב מצבו הרפואי.

2.2 בטיפולי פיזיותרפיה- המטפל הינו מטפל מוסמך, בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה תקפה מטעם משרד הבריאות.

בטיפולי הידרותרפיה - בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה והכשרה בתחום הטיפול במים ממוסד המוכר מטעם האגודה הארצית להידרותרפיה.

3. הכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד 16 טיפולים בשנה קלנדרית, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד תקרה בגובה 4,000 ₪ בשנה קלנדרית.

למען הסר ספק מכסת פרק זה לא תהיה מעל 16 טיפולים לשנה קלנדרית עבור כלל טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה מגיל 16.

4. חריגים

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:

4.1 השירות לא יינתן בעקבות בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).

4.2 השירות לא יינתן בעקבות הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב על ידי הרופא המטפל במבוטח, כי קבלת השירות נדרשת לנוכח צורך רפואי ברור.

4.3 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל.

4.4 קבלת שירותים בבית המבוטח או בספא או בבית מלון, או שיעורי שחיה.

4.5 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.

דף רשימה

תקופת הביטוח: 31.10.2030 - 1.11.2025

מדד הפוליסה: מדד אשר פורסם ביום 15.10.2025 14570 נק'.

טבלת הפרמיות חודשיות בש"ח

רובד בסיס:

פרמיה חודשית	גיל מבוטח
12.13 ₪	0-21
23 ₪	+22

רובד מורחב א':

פרמיה חודשית – מסלול ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ₪	פרמיה חודשית – מסלול ניתוחים משלים שב"ן	פרמיה חודשית – מסלול ניתוחים שקל ראשון	גיל מבוטח
13.2 ₪	13.3 ₪	16 ₪	0-21
55.4 ₪	57.1 ₪	67.1 ₪	22-49
87.8 ₪	90.4 ₪	106.3 ₪	50-69
141.6 ₪	146.2 ₪	171.4 ₪	+70

רובד מורחב ב':

גיל מבוטח	פרמיה חודשית
0-21	26.35 ₪
22-49	41.33 ₪
50-69	41.33 ₪
+70	35.36 ₪

קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינום (ילד עד גיל 22) - ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול. ילד הינו עד גיל 21 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 22 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 22) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

**לפרטים והצטרפויות יש לפנות
למוקד קשרי החברים של אופק**

דוא"ל: info@ofek.coop

**לברורים ושאלות בנושאים מקצועיים,
ניתן לפנות לצוות חברת מלמד יועצים בע"מ**

דוא"ל: info@mic.co.il

בטלפון: 09-7655326

**במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד fnx4ט**

*3455

03-7332222