



**”בריאותבה”**  
**פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית**  
**לעובדי מדינה ובני משפחותיהם**

2017

## תוכן עניינים

שם הפרק ..... עמוד

פתיח..... 2

אופן הגשת תביעה..... 3

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"..... 5

פירוט הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח..... 16

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי..... 31

פרק א' - הגדרות כלליות..... 43

פרק ב' - חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה

ורובדי הביטוח השונים..... 50

פרק ג' - תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח..... 52

### רובד ביטוח בסיסי

פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות..... 74

פרק ה' - ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים

מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל..... 80

פרק ו' - ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות..... 88

### רובד רשות ראשון

פרק ז' - ביטוח ניתוחים בישראל..... 92

פרק ז (1) - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן..... 95

### רובד רשות שני

פרק ח' - שירותים רפואיים נוספים..... 97

### רובד רשות שלישי

פרק ט' - תאונות אישיות..... 107

### רובד רשות רביעי

פרק י' - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא..... 115

### רובד רשות חמישי

פרק יא' - ביטוח גילוי מחלות קשות..... 120

החברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ שמחה לבשר על חתימת הסכם חדש ומעודכן לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המדינה וגמלאיה עם איילון חברה לביטוח בע"מ. פוליסת הביטוח תיכנס לתוקף ב-1/9/17.

הנהלת החברה בליווי אנשי מקצוע בריאות ביצעה הליך תחרותי בין חברות הביטוח המובילות בישראל, ניהלה עימם מו"מ להשגת תנאים משופרים וחדשניים, והבטחת מערך שרות ברמה טובה ובמחיר הוגן מול עליית מחירי שרותי הבריאות בשנים האחרונות. בשונה מביטוחים קודמים מעניקה החברה לכול עובדי המדינה והגמלאים שלה, זכות למימוש כסוי ביטוחי שעיקרו השתתפות בהוצאות במקרה של גילוי מחלה קשה (חו"ח). רובד ביטוחי זה הינו **חינם** ואיננו מחייב רכישת רבדים אחרים במסגרת ביטוח הבריאות המוצע לכם כאן. לצורך זה חייב העמית להירשם על פי ההנחיות והמגבלות המפורטות להלן.

פוליסת הביטוח בנויה ממספר רבדים וכל עובד יכול להתאים את הביטוח ליכולתו הכלכלית, ולצרכים הביטוחים שלו ושל בני משפחתו, פרוט הרבדים המוצעים ראה להלן "בתקציר הפוליסה".

עמית שירכוש לפחות את רובד הבסיס ייהנה מחבילת שירותים נוספת ללא עלות כלהלן:

1. מוקד ייעוץ רפואי.
2. רופא עד הבית.
3. חבילת שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים.

כדי למנוע כפל ביטוח ולחסוך בעלויות ביטוח, פוליסת הביטוח מקנה זכויות לאחר מיצוי הזכויות במסגרת הביטוח המשלים של קופת חולים. תכנית הביטוח במתכונתה החדשה הותאמה לתקנות החדשות של המפקח על הביטוח, ונותנת מענה למצב מערכת הבריאות הציבורית, ולהתפתחויות הרפואה והטכנולוגיה.

אנו תקווה כי לאחר שתבדקו את תכנית הביטוח, תנאיה והתאמתה לצרכיכם וצרכי משפחותיכם, תמצאו כי יש בה כדי לתרום לביטחון הכלכלי ולשקט הנפשי שלכם ושל בני משפחותיכם.

בברכת בריאות טובה,

חברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ

## אופן הגשת תביעה

### בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבוטח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשלומים/ מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה.

### מה לעשות במקרה של תביעה?

ניתן לפנות לחברת הביטוח בהקדם האפשרי באמצעות פנייה ישירות למוקד שירות הלקוחות בטלפון:

1-700-720-012

או במייל: [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il).

ניתן לסרוק את מסמכי התביעה ולשלוח ישירות למייל פתיחת התביעות בחברת הביטוח איילון בכתובת הבאה: [ifnbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:ifnbriut@ayalon-ins.co.il). מומלץ לשמור העתק מכל המסמכים המוגשים לסוכנות / לחברת הביטוח.

### המסמכים אותם יש להכין ולהגיש:

#### 1. תביעה להשתלה / ניתוח וטיפול מחליף ניתוח / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל – פרק ה'

- טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א')
- וע"י הרופא המנתח (חלק ב').
- מכתב הזמנה מבית החולים בחו"ל לביצוע הניתוח והערכת מחיר.
- במידה והניתוח בוצע באופן פרטי- קבלה / העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).
- כמו כן, יש לצרף: מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח/טיפול מיוחד/ השתלה באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצע את הפרוצדורה.
- במקרה של מחליף ניתוח בחו"ל – מסמכים רפואיים המפרטים מהו מחליף הניתוח הנדרש.
- במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל – חוות דעת של מומחה רפואי בתחום הרלוונטי, הקובע כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.

#### 2. תביעה לרכישת תרופות שאינן בסל הבריאות – פרק ו'

- טופס הודעה על תביעה.
- מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע.
- המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה.
- שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם.
- קבלה / העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

### 3. תביעה בעת ביצוע ניתוח פרטי בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – פרק ז' / ז'

#### ניתוחים / מחליפי ניתוח פרטיים בארץ באמצעות המבטח:

- טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א')
  - והרופא המנתח (חלק ב').
  - מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
- #### ניתוחים / מחליפי ניתוח שבוצעו שלא באמצעות המבטח:
- טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א')
  - והרופא המנתח (חלק ב').
  - סיכום ניתוח מבית החולים.
  - במידה והניתוח בוצע באופן פרטי - קבלה / העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

### 4. תביעה בגין ייעוץ, בדיקת אבחון, בדיקות הריון וכד' – פרק ח' (אמבולטורי)

- טופס הודעה על תביעה.
- ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'.
- סיכום תוצאות הטיפול.
- קבלה / העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

### 5. תביעה בגין מחלה קשה/אירוע רפואי חמור – פרקים ד', יא'

- טופס הודעה על תביעה.
- ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'.
- סיכום תוצאות הטיפול.
- קבלה / העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

### 6. תביעה לפוליסת תאונות אישיות ופיצויי שבועי בגין אי כושר מלא – פרקים ט', י'

- המסמכים הנדרשים לתביעה הינם בהתאם לכיסויי בגינו אתה תובע. ניתן ליצור קשר עם מוקד שרות הלקוחות של איילון על מנת לקבל הדרכה בתהליך התביעה והמסמכים הדרושים על פי הכיסוי. להלן רשימת מסמכים כלליים, בנוסף למסמכים הנדרשים לפי סוג הכיסוי:
- 3 תלושי שכר לחודש האירוע ולחודשיים שקדמו לו.
  - צילום ת"ז.
  - מסמכים רפואיים המעידים על התאונה/פגיעה ונסיבותיה.
  - פירוט פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

## ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"

תנאים	סעיף	נושא
פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי וגמלאי החברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ (מועדון טוב) ובני משפחותיהם.	<b>שם הפוליסה</b>	<b>כללי</b>
החברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ (מועדון טוב)	<b>שם בעל הפוליסה</b>	
<p style="text-align: center;"><b>רובד ביטוח בסיסי</b></p> <p>הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ד'                      ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ה'                      ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'  <b>רובד רשות ראשון</b>                      ביטוח ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"נ כאמור בפרק ז'ז(1)  <b>רובד רשות שני</b>                      שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ח'  <b>רובד רשות שלישי</b>                      תאונות אישיות כאמור בפרק ט'  <b>רובד רשות רביעי</b>                      פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא כאמור בפרק י'  <b>רובד רשות חמישי</b>                      ביטוח גילוי מחלות קשות כאמור בפרק יא'</p>	<b>הכיסויים בפוליסה</b>	
5 שנים: החל מ – 01.09.2017 ועד ל- 31.08.2022	<b>משך תקופת הביטוח</b>	
בתום תקופת הביטוח תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת בת 18 חודשים, בכפוף לעדכון הפרמיה כמפורט בהסכם הביטוח.	<b>תנאים לחידוש אוטומטי</b>	

<p>פרק ז', 12' – 90 ימי אכשרה, למעט בנושאים הקשורים להריון או לידה - עבורם תחול תקופת אכשרה בת 12 חודשים.</p> <p>פרק ח' – 6 חודשי אכשרה עבור אביזרים רפואיים, מנוי למשדר קרדילוגי, מרפאת מומחים – התייעצות עם רופא מומחה, חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל, שיקומית, ייעוץ/טיפול פסיכולוגי, ייעוץ פסיכיאטרי, רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי;</p> <p>9 חודשי אכשרה לבדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות;</p> <p>1- 12 חודשי אכשרה לכיסוי מיוחד לילדים.</p> <p>* תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם).</p> <p>פרק יא' – 3 חודשי אכשרה.</p>	<p><b>תקופת אכשרה</b></p>	
<p>פרק ט' – 60 ימי המתנה. פרק י' – 60 ימי המתנה.</p>	<p><b>תקופת המתנה</b></p>	
<p>פרק ד' – הוצאות רפואיות מיוחדות - 20% השתתפות עצמית.</p> <p>פרק ו' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – 250 ₪ השתתפות עצמית בגין כל מרשם, עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. פטור מהשתתפות עצמית במקרים הבאים: מעבר לשני המרשמים, בגין תרופה שעלותה מעל 2,500 ₪ לחודש ובגין תרופות לטיפול במחלת הסרטן.</p> <p>פרק ז' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים לשב"ן - בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם במישרין השתתפות עצמית לנותן השירות, ישלם המבטח למבוטח או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא סכום השתתפות העצמית. בוצע הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן - המבוטח יישא בהשתתפות בשיעור 20% מעלות הניתוח כקבוע באתר האינטרנט של המבטח לגבי אותו סוג ניתוח, ולא יותר מסך של 4,000 ₪ עבור שירותי האשפוז והניתוח, לכל ניתוח בכל אחד מהמקרים כמפורט בפרק זה.</p> <p>פרק ח' – שירותים רפואיים אמבולטוריים - אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות המוכר ע"י השב"ן, והשב"ן השתתף בעלות הטיפול, יישא המבטח</p>	<p><b>השתתפות עצמית של המבוטח</b></p>	

<p>בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששולם עבור הטיפול לבין סכום השתתפות השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן ו/או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטח בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p> <p>20% השתתפות עצמית של המבוטח עבור: בדיקות גנטיות, בדיקות אבחוניות, חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים, הוצאות החלמה ו/או שיקום.</p> <p>פרק ט' – תאונות אישיות – 20% השתתפות עצמית בגין הוצאות רפואיות עקב תאונה, 20% השתתפות עצמית – בגין הוצאות שירותי אחות פרטית או השגחה, סיוע וטיפול סיעודי.</p> <p>פרק י' – פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא – 20% השתתפות עצמית בגין הוצאות שיקומיות.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. התאמת פרמיה- בתום התקופות המצוינות בתנאי ההסכם, ובתום תקופת הביטוח הראשונה, ייערך חישוב לצורך עדכון הפרמיה לתקופת הביטוח הבאה (ככל שתוארך), או לקביעת רווח/הפסד ביטוחי, לפי העניין.</li> <li>2. כל הסכומים, פרמיות ותביעות, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן.</li> <li>3. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שתהיינה מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסימומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.</li> </ol>	<p><b>שינוי הפרמיה ותנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</b></p>	<p><b>שינוי תנאים / פרמיה</b></p>



אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, וכל זאת בכפוף להסכמה שבין המבטח לבעל הפוליסה, ימסור המבטח לכל מבוטח, 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבטח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה למבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

4. אם במועד הארכת תקופת ביטוח הראשונה (אם תוארך) או במהלך תקופת הביטוח (מועד תחילת השינוי), חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל מבוטח שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט השינוי. אם נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בהסכם זה, תיכלל בהודעה פסקה לעניין ההסכמה הנדרשת, והסבר לגבי משמעות אי מתן ההסכמה לעניין העדר הרצף הביטוחי. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות בדואר רשום או שיחת טלפון.
5. מבוטח שיגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי פרטי בהיקף דומה אצל המבטח, אם מוצע על ידו ביטוח כזה, ברצף ביטוחי מלא.
6. המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח הראשונה או במועד הארכתה (אם תוארך), העלאה של דמי הביטוח שמשלם המבוטח בסכום העולה על 15 ש"ח במצטבר לכל מבוטח, או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבוטח

בטרם מועד העלאת דמי הביטוח. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת המבוטח להעלאת דמי הביטוח שהוא משלם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח". לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה, או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. במהלך תקופת הביטוח - לגבי דמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - לגבי דמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח נקבעים על פי גיל וכמפורט להלן:

גיל המבוטח	פרמיה חודשית עבור הרובד הבסיסי (פרקים ד' ו'*)	פרמיה חודשית עבור רובד רשות ראשון: ביטוח ניתוחים (פרק ז' / ז'*)	פרמיה חודשית עבור רובד רשות שני פרק ח'	פרמיה חודשית עבור רובד רשות שלישית פרק ט'	פרמיה חודשית עבור רובד רשות רביעית פרק י'	פרמיה חודשית עבור רובד רשות חמישית פרק יא**
ילד עד גיל 20	9 ₪	9.35 ₪	11 ₪	17 ₪	13.2 ₪	2.75 ₪
חברים בגילאים 21-40	19 ₪ בן זוג: 21 ₪	23.1 ₪	26.4 ₪	24 ₪	55 ₪	7.5 ₪
חברים בגילאים 41-50	19 ₪ בן זוג: 21 ₪	53.9 ₪	26.4 ₪	24 ₪	65 ₪	18 ₪
חברים בגילאים 51-65	25 ₪ בן זוג: 27.5 ₪	77 ₪	26.4 ₪	27 ₪	124.8 ₪	61.5 ₪
חברים מגיל 66 ואילך	25 ₪ בן זוג: 27.5 ₪	123.2 ₪	26.4 ₪	39 ₪	-----	90 ₪* הביטוח מסתיים בעת הגיע המבוטח לגיל 70

\* ילדים מעל גיל 20 ישלמו לפי המוגדר בטבלה זו.

גובה הפרמיה

פרמיות

<p>המחיר לכל מבוטח כמפורט לעיל הינו קבוע וסופי, לא ישתנה מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או התאמת פרמיה), והוא כולל את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות הפעלת מוקד הרשאות וחיוב כרטיסי אשראי של מבוטחים קיימים וחדשים, עלות הוצאות מכירה והפצה, עלות קרן הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה ושליחה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.</p>		
<p>דמי הביטוח צמודים למדד 12205, אשר פורסם ב- 15/7/17.</p>	<p><b>מדד הפרמיה</b></p>	
<p>לפי הטבלה לעיל.</p>	<p><b>מבנה הפרמיה</b></p>	
<p>מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה ו/או של המבוטח, בעל הפוליסה או המבוטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.</p> <p><b>ביטול הפוליסה על פי המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה- 2015:</b></p> <p>(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.</p> <p>(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה</p>	<p><b>תנאי ביטול ע"י בעל הפוליסה / המבוטח</b></p>	<p><b>תנאי ביטול</b></p>

<p>מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "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.</p> <p>(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.</p>		
<p>המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט במקרה שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.</p>	<p><b>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח</b></p>	
<p><b>א. סיום ההסכם או ביטולו</b></p> <p>1. עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.</p> <p>2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.</p> <p>3. במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או</p>	<p><b>תנאי המשכיות המבוטח בביטוח פרטי אצל המבטח</b></p>	<p><b>המשכיות</b></p>

לחלקם, יוכל מבוטח שמעוניין להמשיך ולהיות מבוטח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים בסעיפים 1 ו-2 לעיל.

4. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויצייע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. 5. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.

6. מובהר בזאת כי האמור בסעיף 1 לעיל מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים לאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

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

9. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, לרבות בשל טיפול רפואי מתמשך, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח, הכולל ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית.

## **ב. המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**

10. בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוגו וילדין עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה, יהיו רשאים מבוטחים אלו להמשיך את הביטוח במסגרת הקבוצתית עד לתום מועד תקופת הסכם הביטוח הקבוצתי.

11. מבוטח שסיים את חברותו ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור להמשיך את הביטוח הקבוצתי עד תום מועד הסכם הביטוח הקבוצתי, או לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד.

<p>12. דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.</p> <p>13. עם היוודע למבטח סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה, על אפשרות להמשיך את הביטוח בכל אחד מהאפשרויות המנויות בסעיף 11 לעיל.</p> <p>14. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.</p> <p>15. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.</p> <p><b>ג. המשכיות הביטוח עקב גירושין</b></p> <p>16. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושין מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד, על פי התנאים המצוינים בסעיף א' לעיל.</p> <p><b>ד. פטירתו של חבר</b></p> <p>17. מובהר כי שאיריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.</p> <p><b>ה. זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד</b></p> <p>18. חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.</p>		
<p>1. סייג בשל מצב רפואי קודם</p> <p>1.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצברפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה</p>	<p><b>החרגה בשל מצברפואי קודם</b></p>	<p><b>חריגים</b></p>

במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:

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

1.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 1.1 (א) ו (ב), לפי העניין.

1.3 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל- 31.08.2017. יובהר למעלה מכל ספק כי סעיף זה גובר על האמור בסעיף 5.9 אשר בפרק ז - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל.

1.4 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ט', וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

<p>1.5 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.</p> <p>1.6 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.</p> <p>1.7 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.</p>		
<p>✓ כמפורט בפרק ב' – חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים;</p> <p>✓ כמפורט בפרקי הפוליסה:</p> <p>פרק ד' – סעיף 5</p> <p>פרק ה' – סעיפים 4-5</p> <p>פרק ו' – סעיפים 7-8</p> <p>פרק ז' – סעיף 5</p> <p>פרק ז' – כמפורט בפרק ז' סעיף 5</p> <p>פרק ח' – סעיף 4.2, 7.4, 8.8, 11.2.3, 11.4, 11.5, 12.4.1</p> <p>פרק ט' – סעיף 2.6.3, 3.4, 8</p> <p>פרק י' – סעיף 5</p> <p>פרק יא' – סעיף 4</p>	<p>סייגים לחבות המבטח</p>	

הבהרה לכיסוי בזמן השירות הצבאי:  
 יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, עשוי להיות כפוף להוראות הצבא כפי שתשתיינה מעת לעת.

תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב:  
 בגין תגמולי ביטוח שאינם בערך נקוב, ניתן להתעדכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

הכיסוי יינתן בהתאם לרשימת הניתוחים ובניכוי ההשתתפות העצמית, כפי שנקובה בפוליסת הביטוח שברשותך, אם קיימת.

התנאים המחייבים הם התנאים הנקובים בפוליסת הביטוח שברשותך. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות יקבעו התנאים הנקובים בפוליסה. הסכומים הנקובים משקפים את מחירי ההסכם של איילון והם עשויים להשתנות אחת לשנה.



## פרטי הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

קידום תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי	פרוט הכיסויים בפוליסה
<b>רובד הבסיס</b>					
קיים	מוסף	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח המאשר את הזכאות	שיפוי	<p>בעת גילוי מחלה או אירוע רפואי – שיפוי בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 50,000 ₪ עבור הוצאות רפואיות שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.</p> <p>אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, במקרה של ביטוח נוסף, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. ובכל מקרה סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על 50,000 ₪.</p> <p>סכום הביטוח לתוספי מזון וויטמינים לא יעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.</p> <p>רשימת המחלות / אירועים רפואיים כמפורט להלן: איבוד גפיים, אילמות/אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמינגטית, אי ספיקת כליות סופנית, אנמיה אפלסטית חמורה, אוטם חריף בשריר הלב, גידול שפיר של המוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, החלפה או תיקון מסתמי לב, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, מחלת כבד סופנית (שחמת), מחלת ריאות חסימתית כרונית, ניוון שרירים מסוג ALS, ניתוח גדול, סוכרת נעורים מסוג DIABETES MELLITUS סרטן, עיוורון, עמילואידוזיס ראשונית,</p>	פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות

				פגיעה מוחית מתאונה, פוליו (שיתוק ילדים), פרקינסון, צפדת (טטנוס), קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה), תרדמת, תשישות נפש, נכות צמיתה.	
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי, פיצוי	<p>מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.</li> <li>ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.</li> <li>ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.</li> </ul> <p><b>מסלול שיפוי במקרה של השתלה:</b>  בתיאום מול המבטח- שיפוי מלא ללא תקרה. לא בתיאום מול המבטח- שיפוי עד ל- 4,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח בהתאם לתקרות בפרק זה.</p> <p><b>ניתוח/טיפול מחליף ניתוח/טיפול מיוחד בחו"ל:</b> אם בוצע בתאום עם המבטח- שיפוי מלוא הוצאות הרפואיות. אם בוצע ללא תיאום עם המבטח- שיפוי עד לתקרה 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.</p> <p><b>תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:</b>  הוצאות הערכה רפואית, הוצאות בגין טיפול רפואי, הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה- עד 200,000 ₪ למקרה ביטוח, הוצאות שהות בבי"ח ואשפוז- לתקופה של עד 365 ימים, הוצאות שימוש בלב מלאכותי, הוצאות צוות מנתח וחדר ניתוח, הוצאות הטסת המבוטח והמלווה או שני מלווים עבור קטין, הוצאות הטסת רופא, הוצאות הטסה רפואית, העברה יבשתית, הוצאות מגורים וכלכלה עד 20%</p>	פרק ה' - השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

				<p>מסכום הביטוח המרבי, עד 800 ₪ ליום (או 1,200 ₪ אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף), הוצאות המשך טיפולים בחו"ל, הוצאות המשך טיפול בישראל עד לסך של 100,000 ₪, הוצאות הטסת גופה, הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול כתחליף לטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל – עד לסכום של 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד.</p> <p><b>גמלת החלמה - פיצוי חודשי לאחר ביצוע השתלה:</b></p> <p>לאחר ביצוע השתלה, יהיה זכאי המבוטח, בנוסף לזכאותו לתגמולי ביטוח ע"פ פרק זה, לגמלת החלמה על סך של 5,000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. יובהר כי גמלת ההחלמה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בישראל. יובהר כי במקרה של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית לא יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה.</p>
				<p><b>או:</b></p> <p><b>מסלול פיצוי חד פעמי – מסלול חלופי:</b></p> <p>במקרה של השתלה: למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית - פיצוי בסך 350,000 ₪.</p>
<p>חבות המבטח לביצוע טיפול מיוחד או השתלה בחו"ל, מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:</p> <p>ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה;</p> <p>נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה;</p> <p>מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</p>				
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	<p><b>מקרה הביטוח:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת;</li> </ul>
				<p><b>פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b></p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח או אשר אינה מוגדרת על פי התוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות.</li> <li>• תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL - כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;</li> <li>• תרופת יתום;</li> <li>• טיפול תרופתי מיוחד - תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים המפורטים בפרק זה.</li> </ul>
			<p>הסכום המרבי אותו ישלם המבוטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה לכל תקופת הביטוח, הינו:</p> <p>4,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.</p> <p>סכום הביטוח המירבי עבור טיפול תרופתי מיוחד יהיה עד לסך של 600,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ועד 50,000 ₪ לחודש.</p>
			<p>המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מהשתתפות עצמית.</p>

				<p>אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ש"ח, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.</p> <p>המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו.</p>	
<b>רובד רשות ראשון</b>					
קיים	תחליפי	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח הממאשר את הזכאות	שיפוי	<p>מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>ינתן כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:</p> <p>(1) שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;</p> <p>(2) שכר מנתח;</p> <p>(3) ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;</p> <p>(4) טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.</p>	<p><b>פרק ד' – ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים לשב"ן</b></p>

קיים	משלים	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח המאשר את הזכאות	שיפוי	<p>תנאי הביטוח לפרק זה הינם תנאי הביטוח המפורטים בפרק ז', אולם הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לאחר מיצוי זכאותו של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, ובנוסף להם.</p> <p>בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם במישרין השתתפות עצמית לנותן השירות, ישלם המבטח למבוטח או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא סכום השתתפות העצמית כאמור. בוצע ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן - המבוטח יישא בהשתתפות בשיעור 20% מעלות הניתוח כקבוע באתר האינטרנט של המבטח לגבי אותו סוג ניתוח, ולא יותר מסך של 4,000 ₪ עבור שירותי האשפוז והניתוח, לכל ניתוח בכל אחד מהמקרים הבאים:</p> <p>השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל החברים בשב"ן לרבות:</p> <p>תביעתו לתוכנית השב"ן נדחתה מכיוון שנותן השירות (רופא המנתח, בית החולים, ספק האביזרים המושתלים) אינו בהסדר תשלומים עם השב"ן.</p> <p>נשללה זכאותו של המבוטח לתגמולים מאת השב"ן מפני שבמועד קרות מקרה הביטוח נמצא בתקופת אכשרה.</p> <p>המבוטח אינו חבר בשב"ן במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות בשל פיגור או אי תשלום דמי חבר.</p> <p>המבוטח בחר לא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו מסיבה כלשהי.</p> <p>המבוטח הינו חייל בשירות סדיר.</p>	פרק ז' 1 - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן
------	-------	---	-------	--	--

מבוטח אשר הצטרף לביטוח ניתוחים במסלול "משלים שב"ן" על פי פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבטוח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש פוליסה לניתוחים פרטית מ"השקל הראשון". ההצטרפות לפוליסה מ"השקל הראשון" תהיה ברצף ביטוחי מלא. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסה מ"השקל הראשון" מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבטוח ע"י השב"ן, ובתנאי שמקרה הביטוח טרם אירע. לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן יוכל המבטוח להצטרף לפוליסה פרטית מ"השקל הראשון" בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטוח על קבלתו לביטוח. הביטוח על פי הפוליסה מ"השקל הראשון" יכנס לתוקפו במועד בו הסתיימה החברות בשב"ן. דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסה מ"השקל הראשון" הינם כמקובל אצל המבטוח באותה עת לכלל המועמדים לביטוח.

#### רובד רשות שני

קיים	תחליפי	חוות דעת רופא מומחה מטעם המבטוח	שיפוי, פיצוי	<p>מקרה הביטוח הוא ביצוע טיפול רפואי כמפורט בפרק זה במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבטוח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטוח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.</p> <p>אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות המוכר ע"י השב"ן, והשב"ן השתתף בעלות הטיפול, יישא המבטוח בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששולם עבור הטיפול לבין סכום השתתפות השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה. אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן ו/או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטוח בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.</p>	<p><b>פרק ח' – שירותים רפואיים אמבו-לטוריים</b></p>
------	--------	---------------------------------	--------------	--	---

	<p>רשימת הטיפולים המכוסים:  <b>אביזרים רפואיים</b> - המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח על פי המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במקרה של צורך ברכישת אביזר רפואי לאחר ביצוע ניתוח, ולא יאוחר מ- 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, המבטח ישתתף בעלות עד לתקרה של 10,000 ₪.</p> <p><b>מנוי למשדר קרדילוגי</b> - שיפוי עד לסכום של 180 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.</p> <p><b><u>מרפאת מומחים</u></b> -</p> <p><b>התייעצות עם רופא מומחה</b>- שיפוי עד 800 ₪ לכל התייעצות, עד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.</p> <p><b>חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל</b> - שיפוי עד לסכום של 7,200 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות. במסגרת סעיף זה תכוסינה כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות, איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.</p> <p><b><u>שיקומית</u></b> -</p> <p><b>התייעצות עם רופא שיקומי</b>- שיפוי עד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.</p> <p><b>שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)</b> - שיפוי עד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.</p>			
--	--	--	--	--



			<p><b>התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח) - שיפוי עד לסכום של 250 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.</b></p> <p><b>טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח) - שיפוי עד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח.</b></p> <p><b><u>בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות -</u></b></p> <p><b>בדיקות לנשים בהריון -</b> מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות תעמוד על 6,000 ₪ לכל הריון.</p> <p><b>בדיקות גנטיות -</b> הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד ל- 1,250 ₪ לכל מבטח, פעם אחת בתקופת הביטוח.</p> <p><b>טיפול פוריות והפריה חוץ גופית -</b> מבוטח/ת י/תהיה זכאי/ת להשתתפות בעלות עבור טיפולי פוריות ו/או הפריה עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עבור הולדת ילד ראשון, ו/או שני, ועד לסכום של 20,000 ₪ לכל ניסיון להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק).</p> <p><b>ניתוח לצורך פריין והפריה -</b> המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע הליך כירורגי לצורך פריין והפריה, שבוצע בגופו של המבוטח.</p> <p><b>מעקב הריון -</b> מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.</p>
--	--	--	---

			<p><b>שמירת הריון באשפוז - מבוטחת</b>  שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.</p> <p><b>אם פונדקאית - יובהר כי הזכאות על פי סעיף בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.</b></p> <p><b><u>כיסוי מיוחד לילדים -</u></b></p> <p><b>פיצוי בגין היעדרות מלימודים -</b>  המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך של 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).</p> <p><b>בעיות הרטבה לילדים -</b> שיפוי עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.</p> <p><b>אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה -</b>מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדומת BRC, TOVA, ועד לסכום של 1,800 ₪. הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.</p> <p>המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ₪.</p>
--	--	--	---

	<p><b>טיפול בבעיות התפתחות בילדים</b> - המבטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, עד לסכום של 150 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.</p> <p><b>יעוץ/טיפול פסיכולוגי</b> – שיפוי עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 240 ₪ לכל טיפול.</p> <p><b>יעוץ פסיכיאטרי</b> – שיפוי עד לסכום של 640 ₪, לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.</p> <p><b>בדיקות אבחוניות</b> – המבטח יישא במלוא תגמולי הביטוח עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות. השתתפות עצמית בשיעור של 20% מעלות הבדיקה האבחונית, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.</p> <p><b>חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית או פתולוגית</b> - המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות אחת עם רופא מומחה לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית עד לסכום של 800 ₪ עבור כל התייעצות.</p> <p><b>רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי</b> – שיפוי עד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 240 ₪ ועד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, בכפוף לרשימה המפורטת בפרק זה.</p> <p><b>שירותים נלווים במהלך אשפוז ואו לאחר ביצוע ניתוח</b> - המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, כמפורט להלן:</p>			
--	--	--	--	--

				<p><b>חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים - המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד לסכום של 2,500 ₪, פעם אחת בכל אשפוז.</b></p> <p><b>שכר אח/אחות פרטי/ת - המבטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בבית"ח, עד לסכום של 550 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ועד 14 ימי אשפוז.</b></p> <p><b>בנוסף, ישתתף המבטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכ/ת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים ועד לסכום של 200 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.</b></p> <p><b>עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל - המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח לבית חולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, ולפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.</b></p> <p><b>טיפול שיקומי בעת אשפוז - המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד לסכום של 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.</b></p>
--	--	--	--	---

	<p>בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיננו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים. המבטח ישתתף בהוצאות ההחלמה ו/או השיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, שיפוי בשיעור 80% ועד ₪ 750 לכל יום החלמה, ועד 14 ימים.</p> <p><b>טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח -</b></p> <p>המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.</p> <p><b>התעמלות שיקומית לאחר ניתוח -</b> המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, עבור כל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, ועד לסכום של 200 ₪ לחודש.</p> <p><b>סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח -</b> בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה-A.D.L. על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של עד 200 ₪ לכל יום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי, ולתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.</p>		
--	--	--	--

				<p><b>פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה</b>  - מבוטח שגילו נמוך מ- 65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.  המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.</p>	
<b>רובד רשות שלישי</b>					
לא	מוסף	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח המאשר את הזכאות	פיצוי/ שיפוי- עד תקרה הנקובה בכל סעיף בפרק ט' בפוליסה	<p>ביטוח נכות או פטירה כתוצאה מתאונה, ביטוח שבר כתוצאה מתאונה, אירוע כוויה כתוצאה מתאונה, פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה תאונה, הוצאות רפואיות עקב תאונה, פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה.</p>	<b>פרק ט' – תאונות אישיות</b>
<b>רובד רשות רביעי</b>					
לא	מוסף	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח המאשר את הזכאות	פיצוי/ שיפוי - עד תקרה הנקובה בכל סעיף בפרק י' בפוליסה	<p>אי כושר מלא:  פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא;  מענק החמרה;  אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה;  אי כושר עבודה למבוטח שאינו מועסק;  אי כושר חוזר;  ביטוח עבור מבוטח שהינו תלמיד או סטודנט;  הכשרה מקצועית;  הוצאות שיקומיות.</p>	<b>פרק י' - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא</b>
<b>רובד רשות חמישי</b>					
לא	ביטוח מוסף	קיים צורך באישור רופא מטעם המבוטח המאשר את הזכאות	פיצוי	<p>רשימת המחלות / אירועים רפואיים כמפורט להלן: איבוד גפיים, אילמות/אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמינינטית, אי ספיקת כליות סופנית, אנמיה אפלסטית חמורה, גידול שפיר של המוח/יותרת המוח/קרומי המוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, השתלת איברים, אוטם חריף בשריר הלב,</p>	<b>פרק יא' – גילוי מחלות קשות</b>

				<p>חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, מחלת כבד סופנית (שחמת), מחלת ריאות חסימתית, כרונית, ניוון שרירים מסוג ALS, ניתוח גדול, סוכרת נעורים מסוג DIABETES MELLITUS, סרטן, עיוורון, עמילואידוזיס ראשונית, פגיעה מוחית מתאונה, פוליו (שיתוק ילדים), פרקינסון, צפדת (טטנוס), קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה), תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), תרדמת, תשישות נפש, נכות צמיתה.</p>
				<p>בקרות מקרה הביטוח הראשון במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 25,000 ₪.</p> <p>בקרות מקרה ביטוח שני במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 12,500 ₪ בהתקיים התנאים הקבועים בפרק יא' בפוליסה.</p>

**תמצית הכיסויים הינה לשם הבהרה בלבד. התנאים המפורטים בהסכם החתומים בין הצדדים הינם התנאים הקובעים והמחייבים.**

#### **הגדרות – הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן.**

**ביטוח תחליפי** – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח בלא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מ"השקל הראשון").

**ביטוח משלים** – ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי ביטוח, שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש בין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

**ביטוח מוסף** – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מ"השקל הראשון".

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים.**

## הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

מבוא	1.
1.1 המבוא להסכם זה ונספחיו מהווים חלק בלתי נפרד ממנו.	
1.2 כותרות סעיפי ההסכם נועדו לשם הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורכי פרשנותו.	
1.3 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות ההסכם לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עימו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי תחלונה אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבובות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות ההסכם על נספחיו תפורשנה תמיד כמוסיפות על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין, ולא כגורעות מהן.	
1.4 על אף ומבלי לגרוע מהאמור במבוא להסכם זה, לפי בחירת בעל הפוליסה ולפי שיקול דעתו הבלעדי, יצורפו לפוליסה זו אחת או יותר מן החברות הקשורות לבעל הפוליסה ו/או כל ישות משפטית אחרת בבעלות ישירה ו/או עקיפה של בעל הפוליסה, אם קיימת או שתהיה כזו בעתיד, וכן כל גוף בשירות המדינה, או חברות, תאגידים או רשויות ממשלתיות, תאגידים סטטוטוריים וכיוצ"ב. החלטתו של בעל הפוליסה באשר לצירוף של גוף כאמור להסכם ביטוח זה, תחייב את המבטח, וזאת בכפוף לכל דין.	
<b>2. אופן הצטרפות ותשלום הפרמיה</b>	
2.1 אופן ההצטרפות לביטוח יהיה בכפוף להוראות המפקח, וכמפורט בפרק ג' להלן.	
2.1.1 לצורך מימוש הזכאות לכיסוי הוצאות רפואיות מיוחדות יהיה על העמית לבצע אקטיביציה באמצעות פניה למוקד השירות של המבטח ו/או באתר האינטרנט של המבטח ו/או באמצעות בעל הפוליסה, וזאת תוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח (ולעניין כל עובד מדינה שהצטרף לשירות המדינה לאחר מועד זה – תוך 90 ימים ממועד הצטרפותו לשירות המדינה, והכל בהתאם לרישומי בעל הפוליסה). במעמד הפניה לצורך איקטוב כיסוי ההוצאות הרפואיות המיוחדות יהיה המבטח רשאי להציע לעמית הרחבה לביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי בו היה מבטח העמית בהסדר הביטוח הקודם.	
2.1.2 מובהר כי אם העמית הרחיב את כיסוי ההוצאות הרפואיות המיוחדות בהתאם לכיסוי הביטוחי בו הוא היה מבטח בהסדר הביטוח הקודם – לא יידרש העמית לכל חיתום, שאלון רפואי או	



תקופת אכשרה כלשהי. אולם, עבור רובדי ביטוח בהם לא היה מכוסה בהסדר הביטוח הקודם או במקרה בו מדובר בעמית שלא היה כלול בהסדר הביטוח הקודם – אזי הוא יידרש למילוי השאלון הרפואי.

2.1.3 לגבי עמית שלא היה מבטוח בהסדר ביטוח קודם – הזכאות לתגמולי ביטוח בכיסוי ההוצאות הרפואיות המיוחדות (לאחר איקטובו) יהיה כפוף לסייג מצב רפואי קודם כמפורט בפוליסה. להסרת ספק הגבלה כאמור לא תחול לגבי עמית שהיה מבטוח בהסדר הביטוח הקודם.

2.2 דמי הביטוח עבור כל המבוטחים ייגבו ישירות מהמבוטחים ע"י המבטח, או באמצעות ניכוי מהשכר, לפי בחירת המבוטח.

לגבי אמצעי תשלום דמי הביטוח של אותם מבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם:

2.2.1 כל מבטוח אשר שילם את דמי הביטוח באמצעות ניכוי מהשכר – תמשיך גביית הפרמיה על פי הביטוח החדש באמצעות ניכוי מהשכר, אלא אם כן יבחר המבוטח אחרת;

2.2.2 לגבי המבוטחים ששילמו בהסדר הביטוח הקודם באמצעות כרטיס אשראי, יידרש המבטח לפנות באופן ישיר למבוטחים, ולקבל מהם הרשאת חיוב חדשה לטובתו ("מוקד הרשאות וחיוב כרטיסי אשראי"). מובהר כי בעל הפוליסה לא יישא בכל חבות או אחריות כלשהי, אם מי מהמבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם יסרב למסור פרטי הרשאת חיוב למציע הזוכה מכל סיבה שהיא, או במקרה בו לא ניתן יהיה לאתרו טלפונית לשם קבלת הרשאה כאמור.

2.2.3 בכפוף לאישור החשב הכללי במשרד האוצר, יהיה בעל הפוליסה רשאי, בהודעה בכתב למבטח, לשנות את דרך ניהול הגביה של דמי הביטוח באופן שבו בעל הפוליסה או מי מטעמו יבצע את הגביה בפועל מהמבוטחים, ויעביר את דמי הביטוח למבטח.

2.3 בעל הפוליסה רשאי, לפי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט, לשאת במימון חלק מעלות דמי הביטוח של החברים המבוטחים בפוליסה כפי שייקבע על ידו מעת לעת. למען הסר ספק, בעל הפוליסה יהא רשאי להקטין או להפסיק את השתתפותו כאמור בכל עת לפי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט. דמי ההשתתפות יועברו למבטח ע"י בעל הפוליסה וזאת לאחר מתן הודעה 90 יום מראש למבטח ובכפוף להוראות כל דין.

### 3. תקופת ההסכם

3.1 הסכם זה יכנס לתוקפו ביום 1 בספטמבר, 2017 ויסיים בחלוף 60 חודשים קלנדריים ביום 31 באוגוסט, 2022 (להלן: "תקופת הביטוח הראשונה").

- 3.2 בעל הפוליסה, בהסכמת המבטח, יהא רשאי לחדש את הביטוח לתקופת ביטוח נוספת בת 5 שנים, בתנאים שיסוכמו בין הצדדים, ויצורפו כנספח להסכם זה.
- 3.3 למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהודעה בכתב אשר תינתן למבטח לפחות 90 יום מראש, זאת מבלי צורך לנמק, ומבלי שתהיה למבטח זכות לפיצוי כלשהו עקב הפסקת ההסכם כאמור. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו 90 יום מהמועד בו נשלחה הודעת הביטול כאמור.
- 3.4 למען הסר ספק, מובהר כי גם אם הובא הסכם זה לידי סיום מכל סיבה שהיא, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין למבטוחים. לדוגמה ומבלי לגרוע מכלליות האמור: המשך תשלומי גמלאות, או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו, או אפשרות רכישת פוליסת המשך.

#### 4. דמי הביטוח

דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבטח הינם כמפורט להלן:

פרמיה חודשית עבור רובד רשות חמישי פרק יא* <sup>1</sup>	פרמיה חודשית עבור רובד רשות רביעי פרק י' <sup>1</sup>	פרמיה חודשית עבור רובד רשות שלישי פרק ט' <sup>1</sup>	פרמיה חודשית עבור רובד רשות שני פרק ח' <sup>1</sup>	פרמיה חודשית עבור רובד רשות ראשון: ביטוח ניתוחים (פרק ז' / ז' <sup>1</sup> )	פרמיה חודשית עבור הרובד הבסיסי (פרקים ד' ו'*) <sup>1</sup>	גיל המבטח
2.75 ₪	13.2 ₪	17 ₪	11 ₪	9.35 ₪	9 ₪	ילד עד גיל 20
7.5 ₪	55 ₪	24 ₪	26.4 ₪	23.1 ₪	19 ₪ בן זוג: 21 ₪	חברים בגילאים 21-40
18 ₪	65 ₪	24 ₪	26.4 ₪	53.9 ₪	19 ₪ בן זוג: 21 ₪	חברים בגילאים 41-50
61.5 ₪	124.8 ₪	27 ₪	26.4 ₪	77 ₪	25 ₪ בן זוג: 27.5 ₪	חברים בגילאים 51-65
90 ₪ הביטוח מסתיים בעת הגיע המבטח לגיל 70	----	39 ₪	26.4 ₪	123.2 ₪	25 ₪ בן זוג: 27.5 ₪	חברים מגיל 66 ואילך

\* ילדים מעל גיל 20 ישלמו לפי המוגדר בטבלה זו.

המחיר לכל מבוטח כמפורט לעיל הינו קבוע וסופי, לא ישתנה מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או התאמת פרמיה כמפורט בסעיף 5 להלן), והוא כולל את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור, עלות הפעלת מוקד הרשאות וחייב כרטיסי אשראי של מבוטחים קיימים וחדשים, עלות הוצאות מכירה והפצה, עלות קרן הוצאות פרסום ושיווק, עלות הפקה ושליחה של חוברת הפוליסה, וכן עלות ניהול הסדר הביטוח לרבות הפעלת מוקד שירות ותביעות.

## 5. התאמת הפרמיה

בתום התקופות המצוינות להלן, ובתום תקופת הביטוח הראשונה, ייערך חישוב לצורך עדכון הפרמיה לתקופת הביטוח הבאה (ככל שתוארך כאמור בסעיף 3.2 לעיל), או לקביעת רווח/הפסד ביטוחי, לפי העניין.

5.1 החישובים ייערכו לגבי כל אחד מפרקי הפוליסה בנפרד, לפי הכללים המפורטים להלן:

5.1.1 בתום 12 החודשים הראשונים מיום תחילת הביטוח ייערך החישוב כדלהלן:

5.1.1.1 אם מספר המבוטחים אשר הצטרפו לביטוח על פי הרובד הבסיסי יפחת מ-20,000 תיערך בדיקה לצורך חישוב רווח והפסד.

5.1.1.2 אם התברר כי תוצאת החישוב, על פי הכללים הקבועים להלן שלילית, אזי תהיה חברת הביטוח רשאית לבצע התאמת פרמיה, לרבות התאמת פרמיה לקבוצות גילאים מסוימות ועד לשיעור של 50% מדמי הביטוח הנקובים בפוליסה. לא הגיעו הצדדים להסכמה בדבר שיעור ההתאמה, יהיו זכאים כל אחד מהצדדים להביא הסכם זה לסימום, וזאת בהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש.

5.1.1.3 למרות האמור לעיל, כל אחד מהצדדים יהיה זכאי להודיע לצד השני על הפסקת ההסכם באם מספר המבוטחים יקטן מ-20,000 מבוטחים, וזאת בהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש.

5.1.2 באם לא נדרשה התאמת פרמיה כאמור בס"ק 5.1.1.2 לעיל, החישוב הראשון יבוצע לאחר 18 חודשים ממועד תחילת ההסכם. החישוב ייערך לגבי תקופה המסתיימת 6 חודשים קודם לביצוע ההתחשבות, קרי 12 חודשי הביטוח הראשונים ("תקופת התחשבות ראשונה").

5.1.3 החישוב השני יבוצע לאחר 36 חודשים ממועד תחילת ההסכם. החישוב ייערך לגבי תקופה בת 30 חודשים המסתיימת 6 חודשים קודם לביצוע ההתחשבות ("תקופת התחשבות השנייה").

- 5.1.4 החישוב בתום תקופת ההסכם, קרי לאחר 60 חודשים ממועד תחילת ההסכם, לצורך חישוב רווח והפסד לגבי כל תקופת ההסכם ייערך לגבי תקופת הביטוח ועד 6 חודשים קודם לביצוע ההתחשבות, קרי 54 חודשי הביטוח הראשונים ("תקופת התחשבות אחרונה").
- 5.1.5 מסך דמי הביטוח שהתקבלו אצל המבטח במהלך תקופת ההתחשבות לגביהן נערך החישוב, ינוכו 25% המהווים הוצאות ועלות סיכון למבטח, וינוכה שכר טירחת יועץ הביטוח כמפורט בתנאי ההסכם. מסך דמי הביטוח שיוותרו, ינוכו הסכומים הבאים (להלן "ההוצאות"):
- 5.1.5.1 תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת ההתחשבות הרלבנטית, ושולמו ע"י המבטח עד ליום עריכת החשבון.
- 5.1.5.2 תביעות תלויות.
- תביעות תלויות לעניין פוליסה זו יוגדרו כדלהלן:
- 5.1.5.2.1 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, והוגשו למבטח אך טרם יושבו במלואם או בחלקם, נכון ליום עריכת החשבון.
- 5.1.5.2.2 מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח, אך טרם הוגשו ו/או דווחו למבטח נכון ליום עריכת החשבון (I.B.N.R). מובהר בזאת כי החישוב כאמור יתבסס על תביעות I.B.N.R בשנים קודמות על פי הנסיון המצטבר בביטוח הקבוצתי, ובהסתמך על דוחות שיגיש המבטח בלבד.
- 5.1.5.3 ישוב התביעות ייערך על פי מועד קרות מקרה הביטוח.
- 5.2 כל הסכומים, פרמיות ותביעות כאמור, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן נכון ליום עריכת החשבון, כאשר המדד הבסיסי הינו המדד הידוע במועד חתימת הסכם זה.
- 5.3 הייתה תוצאת החישוב כאמור בס' 5.1 לעיל שלילית, יותאמו דמי הביטוח עבור כל מבטח באופן הבא:
- 5.3.1 תחושב המנה המתקבלת מחלוקת ההוצאות בהכנסות (הוצאות/הכנסות).
- 5.3.2 דמי הביטוח בתקופת הביטוח הבאה יהיו מכפלת דמי הביטוח שהתקבלו, במנה המתקבלת בסעיף 5.3.1 (דמי הביטוח = דמי הביטוח בשנה הקודמת) \* (הוצאות לחלק להכנסות).
- 5.3.3 עדכון דמי הביטוח עבור כלל המבוטחים לגבי רובר ביטוח

מסוים לגביו נערך החישוב, לא יעלה על 50% מדמי הביטוח, נכון למועד יום עריכת החשבון.

5.3.4 בעל הפוליסה יהיה רשאי, אך לא חייב, לערוך שינויים בכיסוי הביטוחי כחלופה לעדכון הפרמיה כאמור בס"ק 5.3.3, או לעדכן את הפרמיה לקבוצת מבוטחים מסויימת, ובלבד שעדכון הפרמיה עבור כל מבוטח בכל רובד לגביו נערך החישוב לא יעלה על 50%. השינויים כאמור ייעשו בתיאום ובהסכמה עם המבטח.

5.4 אם במועד ההתחשבות תהיה תוצאת החישוב שווה או חיובית בהתייחס לכל פרקי הפוליסה כמכלול, למעט הרובד הבסיסי (להלן: "רווח ביטוחי"), יישארו דמי הביטוח ללא שינוי. במקרה ותוצאת החישוב תצביע על רווח ביטוחי, יהא זכאי בעל הפוליסה לדון עם המבטח על שיפור התנאים והתאמתם לפרמיה המשולמת.

5.5 בעל הפוליסה יהא רשאי להורות למבטח להעביר את העתודה בגין IBNR למבטח הבא בכפוף להתחייבות בכתב מאת המבטח הבא לשלם את מקרי הביטוח שאירעו בתקופת ביטוח זו, ואשר יוגשו במהלך תקופת הביטוח הבאה. הליך זה יבוצע, ככל שהמבטח ידרוש זאת, בכפוף לאישור המפקח.

#### 5.6 עדכון תנאים בשל מגמת גידול/קיטון בתביעות.

בנוסף לעדכון הפרמיה לגבי רובדי הביטוח כמפורט בס"ק 5.3.3, במועד ההתחשבות השניה (קרי כעבור 36 חודשים עבור תקופה של 30 חודשים המסתיימת 6 חודשים טרם מועד החישוב), יובא בחישוב עדכון הפרמיה לתקופה הבאה, פרמיה בגין מגמה בגידול/קיטון התביעות.

5.6.1 לעניין סעיף זה יוגדר:

"מגמת הגידול/קיטון" - עליה/ירידה רציפה מידי תקופה של 12 חודשי ביטוח במנה המתקבלת מחלוקת סך תשלומי התביעות ששולמו למבוטחים בגין אותו רובד, בפרמיה שהתקבלה אצל המבטח עבור אותו רובד.

"עליה רציפה" - עליה בכל אחת מ-3 שנות הביטוח המסתיימות 6 חודשים טרם מועד ביצוע ההתחשבות.

"תביעות ששולמו בגין אותו רובד" - תגמולי הביטוח ששולמו בפועל, בגין אותו רובד, עבור תביעות שהוגשו בכל תקופה של 12 החודשים.

"פרמיה שהתקבלה בגין אותו רובד" - דמי הביטוח שהתקבלו בכל תקופה של 12 חודשים, המסתיימת 6 חודשים טרם מועד עריכת החשבון, כשהוא מוכפל ב- 0.75.

5.6.2 עדכון הגידול / הקיטון במגמת התביעות יחושב אך ורק לגבי רובדי הרשות.

5.6.3 המבטח יהיה רשאי לעדכן את הפרמיה לכל פרק או כיסוי,

בגין מגמה בגידול התביעות עד 50% מעלות הפרמיה בגין אותן רובד.	
מובהר ומוצהר כי המבטח יהיה רשאי לעדכן את הפרמיה בגין מגמה בגין גידול בתביעות רק בנסיבות בהן תוצאת החישוב, כאמור בס' 5.1 לעיל, לגבי כל תקופת ההתחשבות, הייתה שלילית.	5.6.4
בעל הפוליסה יהיה רשאי, אך לא חייב, לערוך שינויים בכיסוי הביטוחי כחלופה לעדכון הפרמיה בגין מגמה בגידול התביעות, או לעדכן את הפרמיה לקבוצת מבטחים מסויימת.	5.6.5
מובהר ומוצהר כי תנאי יסודי לביצוע התאמת פרמיה או שינויים בכיסוי הביטוחי, הוא כי יוגשו לבעל הפוליסה, עפ"י דרישתו, כל הנתונים והדוחות המעודכנים התומכים בצורך לעדכון הפרמיה, כשהם מאושרים וחתומים ע"י אקטואר המבטח. עוד מובהר כי יועץ הביטוח מטעם בעל הפוליסה או אחר מטעם בעל הפוליסה יהיה מוסמך לבקר במשרדי המבטח, לקבל לידיו ולעיין בכל חומר ו/או מסמך רלוונטי, לבדוק את הנתונים ולערוך בקרה עפ"י שיקול דעתו לצורך חישוב הפרמיה הנדרשת. אם יתגלעו חילוקי דעות לגבי הנתונים ו/או אופן חישוב הפרמיה, ימונה גורם מוסמך המוסכם על הצדדים שקביעתו תחייב את הצדדים.	5.7
עדכון הפרמיה לגבי כל מבטח יבוצע עד 3 חודשים ממועד ביצוע החישוב, הכול ובתנאי והוגשו כל הנתונים והדוחות כמפורט ב ס"ק 5.7, ובעל הפוליסה אישר את ביצוע העדכונים כאמור.	5.8
נדרשה התאמת פרמיה, המבטח יהא אחראי על עדכון המבטחים, ויפעל על פי הכללים הקבועים בתקנות המפקח על הביטוח לעניין זה.	5.9

## 6. שירותי חברת הייעוץ

בעל הפוליסה ימנה את ש. לוטינגר ושות' בע"מ כיועץ ביטוח לעניין הסכם זה (להלן "יועץ הביטוח" או "היועץ"). במסגרת תפקידו יפעיל היועץ מערך "יועץ ביטוח אישי". חברי בעל הפוליסה יהיו רשאים לפנות למוקד של היועץ לצורך קבלת יעוץ לגבי זכויותיהם בפוליסה, בירורים וערעורים על החלטת המבטח. אנשי קשר אצל יועץ הביטוח: שלומי לוטינגר: <a href="mailto:shlomi@luttinger.co.il">shlomi@luttinger.co.il</a> שלמה גרומן - <a href="mailto:shlomo-g@luttinger.co.il">shlomo-g@luttinger.co.il</a> ו/או כל נציג אחר שימונה ע"י יועץ הביטוח במקומם או בנוסף אליהם, לפי שיקול דעתו הבלעדי.	6.1
יועץ הביטוח יבדוק את המידע המוזן במערכות המחשב של המבטח, לפיו עובדי המוקד מיידעים את המבטחים על זכויותיהם.	6.2
היועץ יהיה שותף במערך ההדרכה לעובדי מוקד השירות והמכירות של המבטח.	6.3
נציג היועץ יפעל בקביעות במשרדי המבטח לצורך מתן שירותים	6.4

למבוטחים, בקרה על מערך השירות למבוטחים, בקרה על תביעות שנדחו ו/או לא סולקו במלואן, טיפול בסוגיות חיתום, וטיפול בסוגיות אחרות הקשורות בניהול הפוליסה. המבטח מתחייב לשתף פעולה באופן מלא עם נציג היועץ, ולהעמיד לרשותו את כל התנאים הדרושים לבצע את עבודתו כאמור.	
היועץ יהיה מוסמך לפנות בשם המבוטח, ולייצגו מול חברת הביטוח בכל עניין הקשור לפוליסה.	6.5
היועץ יפעל על פי הסמכויות המוגדרות בפוליסה ובהסכם זה, לרבות במקרים חריגים ובחילוקי דעות שבין המבטח למבוטח.	6.6
נציג היועץ יהיה חבר בוועדת ערר כמצוין בתנאי הפוליסה.	6.7

## 7. השירות וטיפול בתביעות

7.1 המבטח מתחייב לפעול על פי הקבוע בחוזר ישוב תביעות האחרון והמעודכן אשר יפורסם מעת לעת ע"י הממונה על שוק ההון והביטוח. מבלי לגרוע מהאמור, המבטח מתחייב לפעול על פי הכללים המפורטים להלן:	
7.2 המבטח יפעיל במישרין מערך שירות טלפוני או מוקד ייעודי לצורך מתן מידע והכוונה (להלן "המוקד") אותו יאייש צוות שיותאם לזמני תגובה המופיעים בסעיפים 7.7 ו- 7.11 להלן.	
7.3 המוקד יעמיד קו טלפון ייעודי למבוטחי בעל הפוליסה.	
7.4 המוקד יופעל באמצעות מערכת CRM ומערכת המקליטה שיחות.	
7.5 המוקד מתחייב למתן מענה מקצועי לפונים בנושא פוליסה, גביה ותביעות (הסבר על נוהל הגשת תביעה ולאחר מכן עדכון בסטטוס התביעה) באמצעות: טלפון, דואר אלקטרוני, פקס או דואר.	
7.6 המוקד מתחייב לציין ולמסור מידע לגבי כל הכיסויים הקיימים בפוליסה. כחלק מטיפול בתביעה, יימסר למבוטח כל המידע לגבי זכאותו על פי תנאי הפוליסה, המוקד ידריך את המבוטח כיצד להגיש את התביעה באופן המיטבי עבורו, וישלח לו את המסמכים הדרושים להגשת התביעה. המבטח יאפשר הורדת המסמכים המתאימים מאתר האינטרנט הייעודי לחברי בעל הפוליסה.	
7.7 זמני תגובה במוקד	
7.7.1 המוקד יאויש בהתאם לצורך ולעומס הפניות.	
7.7.2 שעות פעילות המוקד בימים א' – ה' (לא כולל ערבי חג וחס) בין השעות 09:00 ל-16:00.	
7.7.3 המבטח מתחייב כי 80% מהפניות הטלפוניות למוקד תיענינה תוך 60 שניות.	
7.7.4 במהלך כל שלבי ההמתנה, מרגע שהתקשר המבוטח ועד אשר נענה על ידי המוקדן (ללא חשיבות לזמן ההמתנה של המבוטח), ואף בתום זמן ההמתנה, תוצע למבוטח האפשרות	

- להשאיר הודעה במענה קולי שיוקצה לצורך כך, כאשר ההודעות ממענה זה תיאספנה בכל שעה לפחות. המוקדנים יחזרו ללקוח בתוך פרק זמן שלא יעלה על יום עסקים אחד. לאחר שעות העבודה של מוקד השירות, יופעל מענה קולי להודעות אשר תיאספנה בשעות העבודה העוקב שלאחר מכן.
- 7.8 פניות שתתקבלנה במייל והודעות שתושארנה במענה הקולי, תיענינה בתוך יום עסקים אחד.
- 7.9 המבטח מתחייב כי אצל מנהלי התביעות ובמוקד ימצא כל הידע המקצועי הנדרש באשר לזכויות המבוטחים בפוליסה, וזכויות המבוטחים במסגרת ביטוחי השב"ן השונים.
- 7.10 **הגשת התביעה**
- תביעות הביטוח לצורך אישור מוקדם, או תביעות לתשלום, תישלחנה למבטח בדואר או בפקס או בדואר אלקטרוני, לפי בחירת המבוטח, לאחר שנסרקו, בתוספת הצהרה חתומה של המבוטח לגבי השימוש באותן קבלות (לדוגמה אם הקבלה המקורית הועברה לשב"ן), או בצירוף התחייבות חתומה לגבי אי שימוש בקבלה לצורך קבלת כפל החזר, התחייבות לשמירת הקבלה, ואישור כי הוא מודע לזכותו של המבטח לדרוש את הקבלה המקורית לצורך בקרה.
- 7.11 **זמני טיפול בתביעה**
- 7.11.1 עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, תשלח הודעה באמצעות SMS ומייל, המעדכנת את המבוטח על הגעת המסמכים, והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.
- 7.11.2 אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לבירור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח למבוטח בשיחה טלפונית תוך 3 ימי עבודה, וישלח מייל מתועד, או הודעת SMS, ויעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.
- 7.11.3 תביעות ניתוחים שתועברנה למבטח תטופלנה תוך 7 ימי עסקים, תביעות בנושאים אחרים תטופלנה תוך 14 ימי עסקים, מהמועד בו התקבלו אצל המבטח כל המסמכים הנדרשים לבירור חבותו.

## 8. שינויים בנספחי הפוליסה

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



- 8.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסימום, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.
- 8.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, וכל זאת בכפוף להסכמה שבין המבטח לבעל הפוליסה, ימסור המבטח לכל מבטח, 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבטח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה למבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 8.4 אם במועד הארכת תקופת ביטוח הראשונה (אם תוארך) או במהלך תקופת הביטוח (מועד תחילת השינוי), חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל מבטח שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט השינוי. אם נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בהסכם זה, תיכלל בהודעה פסקה לעניין ההסכמה הנדרשת, והסבר לגבי משמעות אי מתן ההסכמה לעניין העדר הרצף הביטוחי. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 8.5 מבטח שיגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי פרטי בהיקף דומה אצל המבטח, אם מוצע על ידו ביטוח כזה, ברצף ביטוחי מלא.
- 8.6 המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח הראשונה או במועד הארכתה (אם תוארך), העלאה של דמי הביטוח שמשלם המבטח בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבטח, או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת והמתועדת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח. אם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת המבטח להעלאת דמי הביטוח שהוא משלם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –
- 8.6.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטוח;

8.6.2	לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;
8.6.3	למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה, או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
8.6.4	במהלך תקופת הביטוח – לגבי דמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
8.6.5	במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – לגבי דמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

## **9. הוצאות רפואיות מיוחדות**

בסמכות יועץ הביטוח לאשר הוצאות עבור טיפולים רפואיים שאינם מכוסים בפוליסה, וכן לאשר תשלומים עבור הוצאות רפואיות מעבר למכסת הטיפולים המצוינת בפוליסה, ומעבר לתקרות הנקובות בפוליסה, הכול לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובלבד שהסכום המצטבר לאישורים אלו לא יעלה על 3% מהפרמיה הכוללת המצטברת שהתקבלה אצל המבטח החל מתחילת ההסכם ועד ליום מתן האישור. עלות הטיפולים תבוא בחישוב ההוצאות לעניין עדכון הפרמיה או חישוב רווח והפסד.

## **10. ההסדר התחיקתי**

- 10.1 בהתייחס לכל סוגיה הנוגעת למבוטחים בביטוח, אשר לא הוסדרה במסגרת הסכם זה או בפוליסה ו/או בנספחיו, תחולנה הוראות חוק חזרת הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 10.2 מובהר כי הוראות הסכם זה על נספחיו לא תפורשנה בדרך כלשהי באופן שיש בו כדי לגרוע מהיקף הביטוח הניתן למבוטחים. בכל מקרה של מחלוקת בדבר פרשנות סעיף כלשהו יפורש הסעיף לטובת המבוטחים.
- 10.3 שינוי בהסדר התחיקתי שיש בו כדי להשפיע באופן כלשהו על זכויות המבוטחים ידווח מיד לבעל הפוליסה על ידי המבטח, והצדדים יתאימו את הפוליסה לשינוי האמור, ולו בלבד, והכל באחריות המבטח.

## **11. הקשר בין המבטח למבוטחים**

- 11.1 כל הודעה של המבטח למבוטחים תיעשה בכתב, ותישלח לפי המען האחרון של המבוטח כפי שמסר למבטח או לבעל הפוליסה.
- 11.2 המבטח מתחייב כי לא יגיש תביעה נגד מבוטח בביטוח על פי הסכם זה, אלא אם נתן התראה בכתב לבעל הפוליסה לפחות 15 ימים לפני מועד הגשת התביעה. המבטח מתחייב לשפות את בעל הפוליסה ואת המבוטח בגין כל נזק שיגרם להם עקב הפרת סעיף זה.

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעה בקשר להוראות פוליסה זו הן:  
 בעל הפוליסה: החשמונאים 90, תל אביב  
 המבטח: אבא הלל סילבר 12, רמת גן  
 כל הודעה שתישלח על ידי צד אחד למשנהו לפי הכתובות שלעיל, תהיה בכתב,  
 ותיחשב כאילו הגיעה לתעודתה כעבור 72 שעות מעת המשלוח בדואר רשום,  
 או במועד מסירה ביד, או כעבור 24 שעות ממועד שיגורה בפקסימיליה שניתן  
 עליו אישור טלפוני.

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

## פרק א' - הגדרות כלליות

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

### 1. הגדרות כלליות

- 1.1 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.2 **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה.
- יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.3 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.4 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 1.5 **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.
- 1.6 **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח בעת הגשת התביעה על ידי המבטח.
- 1.7 **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.

- 1.8 **גיל המבוטח:** ההפרש בין החודש ושנת תאריך מועד החישוב, לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (על-פי הלוח הגרגוריאני).
- 1.9 **בעל הפוליסה:** החברה למפעלי כלכלה ותרבות לעובדי המדינה בע"מ (מועדון טוב).
- 1.10 **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.11 **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.12 **מבוטח:** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.13 **המבטח או החברה:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.14 **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.15 **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.16 **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח אחר או המבטח הקיים שהגיע לסיומו ב 31.08.2017.
- 1.17 **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.18 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.19 **חבר:** עמית/חבר אצל בעל הפוליסה.
- 1.20 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.21 **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.

חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.	<b>חוק הביטוח:</b>	1.22
חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.	<b>חוק הבריאות:</b>	1.23
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.	<b>טיפול מחליף ניתוח:</b>	1.24
אשפוז למשך יממה ברציפות.	<b>יום אשפוז:</b>	1.25
ש. לוטינגר ושות' בע"מ.	<b>יעץ הביטוח:</b>	1.26
ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.	<b>ילדים:</b>	1.27
ילדו של חבר שמלאו לו 21 שנה.	<b>ילד בוגר:</b>	1.28
מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.	<b>ישראל:</b>	1.29
מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.	<b>מדד:</b>	1.30
מדד חודש יוני אשר פורסם ב- 15 יולי 2017.	<b>מדד בסיס:</b>	1.31
המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.	<b>מועד קרות מקרה הביטוח:</b>	1.32
מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.	<b>מחלה:</b>	1.33
רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.	<b>מנתח אחר:</b>	1.34
רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.	<b>מנתח שבהסכם:</b>	1.35
מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.	<b>מעבדה:</b>	1.36
מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע	<b>מקרה הביטוח:</b>	1.37

בפוליסה. יובהר כי מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול רפואי מסוים (כגון השתלה או טיפול תרופתי), יקבע על פי הוראה רפואית מתועדת בכתב מאת הרופא של המבוטח, הממליצה כי על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי המסוים.

מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

**1.38 נותן שירות  
שבהסכם:**

מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

**1.39 נותן שירות שאינו  
בהסכם:**

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

**1.40 ניתוח אלקטיבי:**

סוכן ביטוח שימונה ע"י בעל הפוליסה, אם ימונה כזה.

**1.41 סוכן/סוכנות  
הביטוח:**

חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם עיקרי, וללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

**1.42 סייג בשל מצב  
רפואי קודם:**

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

**1.43 סכום ביטוח מרבי:**

תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

**1.44 קופת חולים:**

- 1.45 **רופא:** רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.46 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.47 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.48 **צירוף אוטומטי:** צירוף אוטומטי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. **במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**
- 1.49 **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.50 **רצף ביטוחי מלא:** מעבר בין הביטוח עפ"י הסכם הביטוח הקודם לביטוח על פי פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח על פי פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.51 **שב"ן:** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.52 **שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת תוקף הביטוח, ואשר



תימשך כל פעם בתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם, אלא אם כן בוטל עפ"י תנאי פוליסה זו ו/או בהתאם להסכם הביטוח.

אירוע פתאומי אחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, בהתקיים אחד מהמקרים הבאים:  
א. עקב האירוע נגרם למבוטח נזק מפגיעה מגורם חיצוני.

ב. בעקבות אירוע חיצוני נגרם למבוטח נזק. מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט אתגרי או ספורט מקצועני המפורט בסעיף החרגים בפרק ט ופרק י, לפי העניין, יחשבו כתאונה על פי פוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.

1.53 תאונה:

1/9/17.

1.54 תאריך תחילת הביטוח:

התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.

1.55 תאריך הצטרפות:

הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהא מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.

1.56 תקרת כיסוי:

1.57 תקופת אכשרה:

תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תחשב כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת אכשרה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

1.58 תקופת המתנה:

תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת

ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

**1.59 תקופת הצטרפות:** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן: **לגבי מבוטח שהיה כלול בהסדר הביטוח הקודם -** תחול תקופת ההצטרפות במועד תחילת תוקף ביטוח זה.

**לגבי חבר חדש -** תחול תקופת ההצטרפות במועד תחילת העסקתו אצל בעל הפוליסה.

**לגבי בן/ת זוג שנישא/ה לחבר/ה מבוטח -** תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכר/ה כידוע/ה בציבור של חבר/ה.

**לגבי ילד שנולד -** תחול תקופת ההצטרפות במועד היולדו.

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

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

- 1.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
  - 1.1 מקרה הביטוח נובע באופן ישיר ובלעדי כתוצאה משימוש בסמים מסוכנים כהגדרתם בפקודת הסמים המסוכנים, למעט אם השימוש בסמים הוא לפי הוראות רופא.
  - 1.2 מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית של המבוטח.
  - 1.3 מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה.
  - 1.4 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (3 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח).
  - 1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
2. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.
3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
4. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
5. לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
  - 5.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
  - 5.2 אי קוימה או איחורה לא מנע מהמבטח את בירור חבותו, ולא הכביד על הבירור.
6. סייג בשל מצב רפואי קודם
  - 6.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחר,

- הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה בת שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה בת חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 6.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 6.1 (א) ו (ב), לפי העניין.
- 6.3 חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבוטחים שהיו כוללים בפוליסה במסגרת הסכם הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל- 31.08.2017 יובהר למעלה מכל ספק כי סעיף זה גובר על האמור בסעיף 5.9 אשר בפרק ז - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל.
- 6.4 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ח', וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.
- 6.5 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.
- 6.6 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם היה חייב לכך בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
- 6.7 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

## פרק ג' - תנאים כלליים - חלים על כל רובדי הביטוח

<b>מהות הביטוח</b>	<b>1.</b>
1.1 הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח, על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן.	
<b>היקף הביטוח - רובדי הביטוח</b>	<b>2.</b>
<b>2.1 רובד ביטוח בסיסי</b>	
2.1.1 הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ד'.	
2.1.2 ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ה'.	
2.1.3 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.	
<b>2.2 רובד רשות ראשון</b>	
2.2.1 ביטוח ניתוחים בישראל כאמור בפרק ז'.	
2.2.2 ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן כאמור בפרק ז (1).	
<b>2.3 רובד רשות שני</b>	
שירותים רפואיים נוספים כאמור בפרק ח'.	
<b>2.4 רובד רשות שלישי</b>	
תאונות אישיות כאמור בפרק ט'.	
<b>2.5 רובד רשות רביעי</b>	
פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא כאמור בפרק י'.	
<b>2.6 רובד רשות חמישי</b>	
ביטוח גילוי מחלות קשות כאמור בפרק יא'.	
<b>תנאי ההצטרפות לביטוח</b>	<b>3.</b>
<b>3.1 תנאי הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרבדי הביטוח</b>	
<b>3.1.1 הצטרפות חברים לביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות:</b>	
3.1.1.1 הצטרפות חברים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם לכיסוי הביטוחי בתוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, כרוכה במילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותם לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.	

3.1.1.2 חברים אצל בעל הפוליסה שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם והגישו בקשת הצטרפות לכיסוי הביטוחי, לאחר 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.**

3.1.1.3 חברים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, והגישו בקשת הצטרפות לכיסוי הביטוחי בתוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.** מבוטחים שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם וביקשו להצטרף לאחר 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל מילוי הצהרת בריאות, וקבלתם לביטוח כאמור מותנית בחיתום רפואי ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.**

3.1.1.4 חברים חדשים אצל בעל הפוליסה, לאמור, כאלה שצורפו כחברים אצל בעל הפוליסה לאחר תקופת הביטוח, והגישו בקשת הצטרפות לכיסוי הביטוחי, בתוך 90 ימים ממועד חברותם אצל בעל הפוליסה, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.** חברים חדשים כאמור שהגישו בקשת הצטרפות לאחר 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל מילוי הצהרת בריאות, וקבלתם לביטוח כאמור מותנית בחיתום רפואי ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. **על מבוטחים אלה יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.**

### 3.1.2 הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרובדי הרשות

3.1.2.1 מבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת, יוכלו גם להצטרף לאותם הרבדים שהיו להם בהראל (הפוליסה הקודמת).

3.1.2.2 מבוטחים שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת, יוכלו לבחור את הרבדים לפי רצונם, ברם ההצטרפות לרובד האמבולטורי כרוכה בצירוף העובד.

**לדוגמא: עובד חדש או כזה שלא היה מבוטח יוכל לרכוש ביטוח אמבולטורי עבור ילדו ואשתו רק אם גם הוא מבוטח באמבולטורי.**

### 3.1.3 הצטרפות מבוטחים (חברים ובני משפחותיהם) שהיו כלולים בהסכם ביטוח קודם

3.1.3.1 מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס"ק 3.1.1 שלעיל, כל המבוטחים שהיו מבוטחים על פי הסכם הביטוח הקודם בחברת הראל (להלן "הביטוח הקודם"), יצורפו לביטוח זה בהתאם לרובדי הביטוח בהם היו מבוטחים בביטוח הקודם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד הצטרפותם לביטוח, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי, אלא אם נקבעה תקופת אכשרה באופן מפורש בכיסוי ביטוחי מסוים. הצטרפותם תיכנס לתוקף ב 1.9.2017.

3.1.3.2 הצטרפות מבוטח לרובדי רשות בהם לא היה מבוטח במסגרת הסדר הביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח של המועמדים לביטוח תבוצע על פי ההנחיות הקבועות בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

### 3.1.4 הצטרפות חברים ו/או בני/ת זוגם ו/או ילדיהם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם

מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס"ק 3.1.1 שלעיל, חברים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם הביטוח, ובני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 21, שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, יהיו זכאים להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח בכפוף לאמור בסעיף 3.1.2 לעיל. בקשת ההצטרפות כרוכה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח. הצטרפות המועמדים לביטוח תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

3.1.5 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חבר ו/או בן זוגו וילדיו וילדי ילדיו שהגישו בקשת הצטרפות תוך 90 ימים ממועד תחילת ביטוח זה, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים הדומים להם היו זכאים במסגרת הביטוח

הקודם. בקשת הצטרפות לכיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

### **הצטרפות חברים חדשים**

3.1.6

חברים חדשים אצל בעל הפוליסה, שיתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, ובני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 21, ויבקשו להצטרף לרובד הבסיס ולכל אחד מרובדי הרשות במהלך 90 ימים ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובכפוף לכך שהבקשה הועברה למבטח בתוך 90 ימים מיום תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה. על מבוטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 6 בפרק ב'. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

### **הצטרפות בן/בת זוג חדש**

3.1.7

בן/בת זוג אשר ת/יינשא לחבר- מבוטח, וילדיו/ה עד גיל 21 שנה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח במהלך 90 ימים ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כבני זוג של החבר המבוטח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר. על מבוטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 6 בפרק ב'. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

### **צירוף תינוק לביטוח / צירוף ילד מאומץ**

3.1.8

3.1.8.1 תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת ההצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד היוולדו. יובהר כי התשלום בגין התינוק עבור רובדי הרשות ישולם למפרע מיום הולדתו.

3.1.8.2 ילד מאומץ של מבוטח, שאומץ כחוק במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת ההצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה בכפוף לסייג בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח



עבורו יחל במועד בו הוכר כילדו של החבר על פי חוק. יובהר כי התשלום בגין ילד מאומץ עבור רובדי הרשות ישולם למפרע מיום האימוץ.

### 3.1.9 תנאי ההצטרפות של ילדי חברים

3.1.9.1 ילדים של חברים יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל, לפי העניין, הכול ובתנאי שצורפו לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר.

3.1.9.2 **למרות האמור לעיל, הצטרפות ילדו של מבוטח שמלאו לו 25 שנה כרוכה במילוי הצהרת בריאות, אלא אם כן היה מבוטח בהסדר הביטוח הקודם. במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בס"ק 3.1.1 לעיל.**

3.1.9.3 ילדי מבוטחים שצורפו לביטוח וטרם מלאו להם 21 שנה, ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 25 שנה, ימשיכו להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו.

3.1.9.4 יובהר כי בעת הגעת הילד לגיל 21 תתעדכן הפרמיה עפ"י הנקוב בטבלת דמי הביטוח.

3.1.10 **מובהר ומוצהר כי חברים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופת ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.**

### 3.1.11 פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה או מכל רובד ממנו, וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. על מבוטחים אלה יחולו התנאים הקבועים בפוליסה כאילו הצטרפו אליה לאחר תקופת ההצטרפות, קרי יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, וקבלתם או אי קבלתם לביטוח תבוצע על פי התנאים הקבועים בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

### 3.1.12 תנאי ההצטרפות לביטוח

3.1.12.1 מבוטח שהצטרף לביטוח על פי הרובד הבסיסי יהא זכאי להצטרף לכל אחד מרובדי הרשות לפי בחירתו.

3.1.12.2 מובהר ומוצהר כי בני/ת הזוג וילדיו של החבר (בין אם חבר קיים או חדש) יהיו זכאים להצטרף אך ורק לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח החבר, אלא אם ביקש החבר להצטרף לרובד ביטוח מסוים והמבטח דחה את בקשתו בשל מצבו הרפואי.

### 3.1.13 מסלול ברות ביטוח לבן זוג

בן/בת זוג של חבר אצל בעל הפוליסה, המבוטח במסגרת ביטוח קבוצתי במקום עבודתו, יוכל לבחור ולהצטרף לביטוח במסגרת "מסלול ברות ביטוח" שתנאיו כדלקמן:

3.1.13.1 בן/בת הזוג יצטרף ל"מסלול ברות ביטוח" לאחר מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ולאחר שהמבטח יאשר קבלתו לביטוח.

3.1.13.2 במהלך תקופת הביטוח ב"מסלול ברות ביטוח" הוא אינו זכאי לכיסוי ביטוחי על פי פוליסה זו.

3.1.13.3 דמי הביטוח בגין "מסלול ברות ביטוח" יהיו בשיעור 25% מעלות דמי הביטוח למבוטח בהתאם לגילו.

3.1.13.4 במהלך 60 ימים מיום בו פסקה זכאותו של בן הזוג במסגרת הביטוח הקבוצתי בו הוא היה מבוטח, עקב סיום עבודתו/חברתו אצל אותו בעל פוליסה, או במקרה של סיום הביטוח לכלל המבוטחים באותו ביטוח קבוצתי, ("המועד המזכה"), יהיה בן הזוג זכאי להצטרף לרובד הבסיס ולכל אחד מרובדי הרשות, לפי בחירתו, בהתאם לתנאי ההצטרפות שנקבעו לו במועד הצטרפותו ל"מסלול ברות הביטוח". בחלוף 60 ימים מהמועד המזכה, ההצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח מותנית במילוי הצהרת בריאות מעודכנת לאותו מועד, וקבלת אישור המבטח על קבלתו לביטוח.

### 3.2 צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח קבוצתי התשס"ט

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

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

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

- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי וסכום 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.

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

### 3.3 קביעת דמי ביטוח תקנה 5 תק' תשע"ה-2015

- (א) דמי ביטוח המשתלמים בעד סכום ביטוח מסוים או בעד תקרת תגמולי ביטוח מסוימת יהיו שווים לכל מבוטח מקבוצת המבוטחים או יחושבו לפי גיל, מין או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי או לפי שילוב של תבחינים כאמור.
- (ב) מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו;
- לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" –

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה;

- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.
- (ג) על אף האמור בתקנה זו, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

### 3.4 מתן מסמכים למבוטח תקנה 6 תק' תשע"ה-2015

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

(1א) על אף האמור בתקנת משנה (א), חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין –

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (ב) דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:
- (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח;
- (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה;

- (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבטוח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבטוח;
- (4) תוספת חיתומית לגבי מבטוח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה;
- (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- (6) פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- (ג) חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.
- (ד) נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

### 3.5 מתן הודעות למבטוח - סעיף 7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015

- (א) חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח 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 המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

- (1א) חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטוח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטוח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(2א) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום 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.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

### 3.6 תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

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

3.6.2 אם תוך 30 יום ממועד קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלחה החברה הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

3.6.3 אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על

קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.6.4 מובהר כי סעיף 3.6 זה לא יחול על מבטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

#### 4. תביעות

המבטח מתחייב לפעול על פי הנחיות הקבועות בחוזר ישוב תביעות העדכני שיפורסם ע"י הממונה על שוק הון והביטוח מעת לעת. על אף זאת תחולנה הוראות ס' 4 זה, וס' 5 ו-6 לפי העניין.

4.1 מבלי לפגוע בזכויות המבטח על פי פוליסה זו, המבטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה. המבטח ישלם למבטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן.

4.2 במקרי הביטוח הבאים: השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבטח אל חברת הביטוח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו.

4.3 על אף האמור בסעיף 4.2, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

4.4 על אף האמור בסעיף 4.2 לעיל, אם בוצע במבטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

4.5 המבטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית אם נדרש לעשות כן. אם המבטח פנה לשב"ן למצות את זכאותו, ימציא המבטח אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו.

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

4.7 בנוסף לאמור בסעיפים 4.1 – 4.6, המבטח יבדוק ויבחן את המסמכים הרפואיים שיגיש המבטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו.

4.8 המבטח יסייע למבטח למצות את מלוא הזכויות לעניין כל הכיסויים שבמסגרת פוליסת הביטוח.

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

## 5.2 הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק הניתוחים – מיצוי הביטוח המשלים (שב"ן)

הזכאות לתגמולי ביטוח למבטח על פי פרק הניתוחים ז' 1 הינה לאחר מיצוי זכאותו של המבטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, ובנוסף להם. ("כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבטח, והמבטיחה כיסויי ביטוח וזכויות נרחבות יותר), והכול בכפוף לתנאים שנקבעו בפרק ז' 1 ובכפוף לאמור להלן.

## 5.3 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

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

### 5.3.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

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

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

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

### 5.3.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

5.3.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבטח כנגד הצגת קבלות המעידות על התשלום עבור הטיפול.

5.3.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.



- 5.3.3 הגשת קבלות למבטח
- 5.3.3.1 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח באמצעות הדואר קבלות מקוריות המאשרות ששילם את התשלום בפועל, או שליחת הקבלות באמצעות הפקס, או דואר אלקטרוני, או באמצעות אתר ייעודי של המבטח לצורך סילוק תביעות לאחר שהקבלות נסרקו.
- 5.3.3.2 נשלחו הקבלות באמצעות פקס או דואר אלקטרוני או אתר ייעודי של המבטח, יצרף המבוטח הצהרה בדבר שימוש בקבלות לצורך קבלת תגמולי ביטוח מגורם נוסף וכן התחייבות לשמירת הקבלות למקרה ויידרש לכך.
- 5.3.3.3 במקרה של אובדן הקבלות, או אם הן נדרשות לשם קבלת תגמולי ביטוח במסגרת השב"ן או מגורם אחר, יהיה המבוטח רשאי להגיש למבטח העתקים של הקבלות בצירוף הצהרת המבוטח ו/או מי מטעמו בדבר אובדן הקבלות או לגבי השימוש בהן, ו/או אישור לגבי סכום החוזר שהתקבל מהשב"ן או מגורם אחר, לפי העניין.
- 5.4 טיפולים רפואיים בחו"ל**
- תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 5.5 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר**
- תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.
- 5.6 פטירת מבוטח**
- נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה ליורשיו החוקיים של המבוטח.
- 5.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**

- 5.8 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**
- במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ובפרק הניתוחים ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ן. למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת – המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.
- 5.9 תגמולי ביטוח למבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם**
- חבות המבטח הינה לתשלום תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת ביטוח זו, לפי העניין. למרות האמור, המבטח ישלם תגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח המכוסה בפוליסה זו, ושהתקיים בתקופת הביטוח הקודמת **בכפוף לכל התנאים שלהלן במצטבר:**
- 5.9.1 המבטח הקודם דחה את תביעתו של המבוטח בשל הגדרת מקרה ביטוח השונה מההגדרה המצוינת בפוליסה זו, או בשל טענה שתמה חבותו עקב סיום תקופת הביטוח, או אם המבטח הקודם מעכב את האישור לקבלת הטיפול ונבצר מהמבוטח לקבל את הטיפול במועדו.
- 5.9.2 הטיפול הרפואי ניתן למבוטח במהלך תקופת ביטוח זו, לרבות לגבי טיפול מתמשך או סדרת טיפולים שהחלה בתקופת הביטוח הקודם (כגון טיפול תרופתי).
- 5.9.3 המבטח ישלם למבוטח בהתאם להיקף הכיסוי והסכומים הנקובים בפוליסה זו.
- 5.9.4 המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח על פי הפוליסה הקודמת.
- המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח עבור טיפול רפואי שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח הקודמת.**

- 6. רעור על החלטת המבטח**
- 6.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.
- 6.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 6.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 6.4 ועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.
- 6.5 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.

- 6.6 אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). במקרים שבנדון יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה ו/או המומחה לפי העניין. ויבהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 6.7 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 6.8 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

## 7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 7.1 הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 7.2 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.
- 7.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

## 8. הוראות לעניין כפל ביטוח - סעיף 10 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתית התשס"ט - 2015

- 8.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל מבטח אחר.
- 8.2 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.

	<b>9. הצמדה</b>
<p>9.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד 12205.</p> <p>9.2 חישוב הצמדה יעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או ע"י המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.</p> <p>9.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.</p>	
	<b>10. ביטול הפוליסה על ידי המבטח</b>
<p>המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט במקרה שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.</p>	
	<b>11. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה</b>
<p>מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה ו/או של המבוטח, בעל הפוליסה או המבוטח רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.</p>	
	<b>12. ביטול הפוליסה על פי המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015</b>
<p>(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.</p> <p>(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף</p>	

חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "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.

(ג) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

### 13. תום הביטוח ו/או הפסקתו .13

13.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבי המועדים הבאים:

13.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.

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

13.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח, בכתב, על הפסקת הביטוח לגביו.

13.1.4 לגבי רובד הרשות ביטוחי פיצויי שבועי עקב אי כושר מלא כאמור בפרק י' - בתום החודש בו מלאו למבוטח 67 שנים, ולגבי רובד רשות מחלות קשות, כאמור בפרק י"א, בתום החודש בו מלאו למבוטח 70 שנים.

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

### 13.2 סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 13.1, לפי העניין, ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

13.3 הודיע המבוטח לחברה על ביטול הפוליסה, תבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול.

**14.1 סיום ההסכם או ביטול**

- 14.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, בכפוף לאמור בסעיף 13.1 לעיל, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.
- 14.1.2 דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 14.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם, יוכל מבוטח שמעוניין להמשיך ולהיות מבוטח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים בס"ק 14.1.1-14.1.2.
- 14.1.4 המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.
- 14.1.5 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.
- 14.1.6 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 14.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים לאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.
- 14.1.7 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.
- 14.1.8 יובהר בזאת שהמבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.
- 14.1.9 מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, לרבות בשל טיפול רפואי מתמשך, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח, הכול ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית.

**14.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**

- 14.2.1 בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה, יהיו רשאים מבוטחים אלו להמשיך את

- הביטוח במסגרת הקבוצתית עד לתום מועד תקופת הסכם הביטוח הקבוצתי.
- 14.2.2 מבטח שסיים את חברותו ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור להמשיך את הביטוח הקבוצתי עד תום מועד ההסכם הביטוח הקבוצתי, או לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד.
- 14.2.3 דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל תקופת הביטוח, מהתעריף שיהיה בתוקף במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 14.2.4 עם היוודע למבטח סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה, על אפשרותו להמשיך את הביטוח בכל אחד מהאפשרויות המנויות בסעיף 14.2.2 לעיל.
- 14.2.5 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.
- 14.2.6 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.
- 14.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין**
- בוטל ביטוחו של בן/ת זוג של חבר עקב גירושיו מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים בלבד, על פי התנאים המצוינים בס"ק 14.1 לעיל.
- 14.4 פטירתו של חבר**
- מובהר כי שאירוי של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.
- 14.5 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד**
- חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל מבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח.

## 15. דמי הביטוח

- 15.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעים ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד אשר פורסם ב- 15.07.2017 - 12205 ותהיינה צמודות למדד.
- 15.2 דמי הביטוח לכל מבטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט לעיל), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

<p><b>16. תקופת הביטוח</b></p>	<p>16.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ- 01.09.2017 ועד 31.08.2022 (להלן "תקופת ביטוח ראשונה"). בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת בת 18 חודשים, בכפוף לעדכון הפרמיה כמפורט בהסכם הביטוח.</p> <p>16.2 חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, יחולו תנאי סעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.</p> <p>16.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p>
<p><b>17. שינויים בפוליסה</b></p>	<p>17.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.</p> <p>17.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיימו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.</p> <p>17.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.</p>
<p><b>18. חובת בעל פוליסה</b></p>	<p>לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.</p>
<p><b>19. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל</b></p>	<p>19.1 חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, או טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל.</p> <p>19.2 יובהר כי חבותו של המבטח לתשלום תגמולי ביטוח עבור כל מקרה ביטוח שאירע בעת שהותו של המבוטח בחו"ל תקום לאחר מיצוי מלוא</p>



- זכויותיו על פי ביטוח הנסיעות שברשותו. בנסיבות שהמבוטח לא רכש ביטוח נסיעות, או שבמועד קרות מקרה הביטוח אין ברשותו ביטוח נסיעות תקף מסיבה כלשהי, תחושב זכאותו של המבוטח על פי פוליסה זו כאילו רכש ביטוח נסיעות העדכני ביותר אצל המבטח באותה עת.
- 19.3 חבר ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, במסגרת עבודתו או תפקידו של החבר אצל בעל הפוליסה יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן:
- 19.3.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.
- 19.3.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר היה משלם אם היה מבוטח רגיל.
- 19.4 עם שובו של המבוטח ארצה יוכלו המבוטחים לשוב לביטוח הקבוצתי תוך 90 יום מיום שובם ארצה, ברצף ביטוחי מלא, ויראו את מועד צירופם לביטוח כמועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח טרם הנסיעה.

## 20. התיישנות

- 20.1 תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- 20.2 **התיישנות בתביעת נכות**  
אם פוליסה זו כוללת כיסוי לנכות ממחלה או תאונה, ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

## 21. חוק הביטוח

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

## 22. הודעות

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

## 23. מקום שיפוט

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

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי תחולנה אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבויות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה תפורשנה תמיד כמוסיפות על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כגורעות מהן.

## רובד בסיס

### פרק ד' - הוצאות רפואיות מיוחדות

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

#### 1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

**הוצאות רפואיות:** תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שניתן למבוטח בישראל או בחו"ל לרבות ומבלי למצות, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד ועד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 4.1.1, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, מכל סוג שהוא, על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיזוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה (לצורך הדוגמה: הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן), וכן הוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים כאמור עקב המצב הרפואי.

#### 2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

#### 3. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

1. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט, או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.

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

- 3. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure) – א**  
 ספיקת כבד פתאומית חריפה באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:
1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
  2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
  3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5-7;
  4. צהבת, מעמיקה;
- 4. אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure) – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.**
- 5. אנמיה אפלסטית חמורה (Aplastic Anemia) – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:**
1. עירוי מוצרי דם;
  2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
  3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
  4. השתלת מוח עצם.
- 6. אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infraction) – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.**
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- 7. גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor) – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו, או אם לא ניתן לניתוח גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.**
- 8. דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis) – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניורולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.**
- 9. דלקת מוח (Encephalitis) – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניורולוג מומחה עלולים להותיר נזק ניורולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.**
- 10. החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair) – כל פרוצדורה שנועדה לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.**

11. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
12. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
13. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
14. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימוית הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
15. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Terminal Liver (Cirrhosis) Disease)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:  
 1. צהבת;  
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;  
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;  
 4. אנצפלופטיה כבדית;  
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזם.
16. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Lung Disease)** – מחלת ריאות חסימתית כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:  
 1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;  
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ, ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

17. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.
18. **ניתוח גדול** – ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה. **מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה.**
19. **סוכרת נעורים מסוג – DIABETES MELLITUS** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.
20. **סרטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב ניתוח או טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.
21. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
22. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
23. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
24. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
25. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
26. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetani, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

- 27. קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy) – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.**
- 28. שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צבררווסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.**
- 29. שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis) – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).**
- 30. תרדמת (COMA) – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות, והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.**
- 31. תשישות נפש (Dementia) – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.**
- 32. נכות צמיתה - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:**
1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים בסעיפים 1-31 לעיל.
  2. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח,
  3. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. למרות האמור, המבטח יאשר תגמולי ביטוח על פי סעיף זה, אף אם טרם חלפה התקופה כאמור, ובלבד שהוגשה למבטח חו"ד מרופא מומחה שהצורך בטיפול הרפואי יש בו כדי למנוע מצב של נכות קבועה.
  4. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 2013-1-5 לתקופה העולה על 6 חודשים.
- ויבהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי

מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

**הגדרות המחלות: סרטן, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, התקף לב חריף, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמיטב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2003/16".**

<b>4.</b>	<b>חבות המבטח</b>
4.1	תגמולי הביטוח
4.1.1	<b>בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ולאחר שמוצתה זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח, ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 50,000 ₪, עבור הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 1 בפרק זה שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.</b>
4.1.2	מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.1.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

<b>5.</b>	<b>חריגים</b>
	<b>המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.</b>



## פרק ה' - השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוז של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.

1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, ובכלל זה אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

1.3 **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4 **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר או איברים או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח, או מגופו של אדם אחר, ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.

**הגדרה 2 נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**

1.5 **טיפול מיוחד בחו"ל:** כל טיפול רפואי או טיפול רפואי המשלב ניתוח המבוצע בחו"ל, העונה על אחד מהתנאים הבאים:

1.5.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה מיידית לחיי המבוטח.

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

1.5.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.

- 1.5.4 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.
- 1.5.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח.
- 1.5.6 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
- 1.5.6.1 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.
- 1.5.6.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ומומלץ ע"י רופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח, לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
- לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
- 1.5.6.3 על פי הניסיון שנצבר במהלך ה 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.
- 1.6 טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A), או מדינות האיחוד האירופי - E.M.E.A, קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא תחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר, או טיפול הדורש אישור ועדת הסיניקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.
- 1.7 טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטאליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

- 1.8 טיפול/שירות רפואי:** כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם, אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הטסה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וחוו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.
- 1.9 טיפול מחליף ניתוח בחו"ל :** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד למנוע או להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.10 ניתוח בחו"ל:** כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הניתוח, אשר מטרתה אבחון מצב רפואי, מניעה ו/או טיפול במצב רפואי, ו/או ריפוי מחלה או פגיעה, או בסימפטומים של מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אברים פנימיים (ENDOSCOPY – למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה המבוצע בחו"ל.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.**

<b>מקרה הביטוח</b>	<b>.2</b>
מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:	
2.1 ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.	
2.2 ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.	
2.3 ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.	
<b>חבות המבטח</b>	<b>.3</b>
<b>3.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה:</b>	
<b>3.1.1 מסלול שיפוי:</b>	
3.1.1.1 אם ההשתלה בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח <b>במלוא</b> ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.2 להלן (למען הסר ספק, תקרות הקבועות בסעיף 3.2 להלן, אם וככל שנקבעו, לא תחולנה במקרה זה).	
<b>לעניין סעיף זה "בתיאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח,</b>	

וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתיאום עם המבטח").

### **3.1.1.2 במקרה של ביצוע ההשתלה שלא בתיאום**

**עם המבטח**, הסכום המרבי לשיפוי לכל מקרה ביטוח בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד ל- 4,000,000 ₪ ובהתאם לאמור בסעיף 3.2 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם וככל שנקבעו.

#### **3.1.1.3 מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד:**

**המבטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של צורך בביצוע השתלה כמפורט להלן:**

3.1.1.3.1 המבטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪.

3.1.1.3.2 הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי הינה לאחר שהמבטח העביר אישור כי נרשם במרכז הארצי להשתלות.

3.1.1.3.3 על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף קטן 3.1.1.3 לא יחול על השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.

3.1.2 למען הסר ספק, מובהר כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף קטן זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.2 להלן.

3.1.3 **סכום ביטוח במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל:**

3.1.3.1 אם הטיפול המיוחד או הניתוח בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.2 להלן.

3.1.3.2 במקרה של ביצוע ניתוח או טיפול מיוחד שבהסכם שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לכל מקרה ביטוח הינו 1,200,000 ₪.

3.2 **תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל**

#### **3.2.1 הוצאות הערכה רפואית:**

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, וכן יישא בעלות טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

### **3.2.2 הוצאות בגין טיפול רפואי:**

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל.

### **3.2.3 הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:**

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

### **3.2.4 הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:**

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

### **3.2.5 הוצאות שימוש בלב מלאכותי:**

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

### **3.2.6 הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:**

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

### **3.2.7 הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:**

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

את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

### **3.2.8 הוצאות הטסת רופא:**

בנוסף לאמור בסעיף 3.2.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

### **3.2.9 הוצאות הטסה רפואית:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל.

**הטסה רפואית משמעה** – הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

### **3.2.10 הוצאות העברה יבשתית:**

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

### **3.2.11 הוצאות מגורים וכלכלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של

המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל עד 800 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה עד 1,200 ₪ ליום. מובהר כי חבות המבוטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

### **3.2.12 הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:**

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

### **3.2.13 המשך טיפול בישראל:**

המבוטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, עד לסך של 100,000 ₪.

### **3.2.14 הוצאות הטסת גופה:**

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

### **3.2.15 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול כתחליף לטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל:**

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד לסכום של 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבוטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח.

### **3.2.16 גמלת החלמה - פיצוי חודשי לאחר ביצוע השתלה:**

3.2.16.1 בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, יהיה זכאי המבוטח לאחר ביצוע השתלה, לגמלת החלמה על סך של 5,000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. יובהר כי גמלת ההחלמה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בישראל. יובהר כי במקרה של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית לא יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה.

3.2.16.2 אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לבקש הקדמת תשלום הגמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, הכול ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול.

3.2.17 נפטר המבוטח כתוצאה מביצוע ההשתלה במהלך תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו.

4.	תנאי לחבות המבטח
	חבות המבטח לביצוע טיפול מיוחד או השתלה בחו"ל, מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:
4.1	ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
4.2	נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
4.3	מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

5.	חריגים לפרק זה
	בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:
5.1	טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.
5.2	טיפול שנייים כירורגיים וניתוחי חניכיים. יובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת וטיפול שנייים מכל סוג שהוא לצורך ביצוע ניתוחי לסת, או הנדרשים עקב ניתוח פה ולסת המכוסה על פי פרק זה.
5.3	על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.
5.4	ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור לעיל יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה או חבלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
	יובהר כי לעניין ניתוחים בריאטריים, יכוסה ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה, ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 ונמצא בטיפול תרופתי במחלת הסוכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון.
5.5	על פי פרק זה, לא יכוסה מקרה ביטוח שנגרם תוך כדי שירותו של המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם, לרבות בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע, ובתנאי שהמבוטח זכאי לשיפוי מלא מגורם ממשלתי בגין הטיפולים הכלולים בפוליסה זו. במקרים בהם השיפוי חלקי יישא המבטח ביתרת העלות ועד חבותו על פי כל פרק.



## פרק ו' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

### 1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

- 1.1 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
- 1.2 **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.3 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

### 2. מקרה הביטוח

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

#### 2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

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

#### 2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA, או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

## 2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

1. פרסומי ה- FDA
2. American Hospital Formulary Service Drug information
3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex  
Micromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
  - א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) II או I נמצאת בקבוצה
  - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
  - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
  - א. NCCN
  - ב. ASCO
  - ג. NICE
  - ד. ESMO Minimal Recommendation

**2.4 תרופת יתום** – מוצר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה, שמספר החולים בה בארצות הברית על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש. (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים) או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור והשיווק של התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).

## 2.5 טיפול תרופתי מיוחד

### 2.5.1 תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

- 2.5.1.1 תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד- תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים 2.1- 2.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.
- 2.5.1.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים לפיהם התרופה נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.1.3	תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.
2.5.1.4	תרופה שסווגה ע"י ה FDA "תרופה פורצת דרך" ו/או נמצאת במסלול אישור ממזור.
2.5.1.5	התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח ואולם, התרופה הומלצה על ידי רופא מומחה בהתאם לממצאים שהתגלו לאחר בדיקה אונקוגנטית להתאמת הטיפול בתרופה, והתרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

### 3. לעניין פרק זה:

**מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי:** הוראה או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, על הצורך בטיפול התרופתי במצבו הרפואי המסוים של המבוטח.

### 4. מועד קרות מקרה הביטוח:

המועד בו ניתנה למבוטח המלצה מתועדת ובכתב ע"י רופא מומחה על הטיפול התרופתי.  
למרות האמור, מבוטח אשר קיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי ובחלוף התקופות הנקובות בפרק ב' "חריגים כלליים" סעיף 6 בפוליסה, לפי העניין.

### 5. סכום הביטוח

5.1	הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה לכל תקופת הביטוח, הינו 4,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
5.2	סכום הביטוח המירבי עבור סעיפים 2.5 לעיל יהיה עד לסך של 600,000 ₪ ועד 50,000 ₪ לחודש. בנוסף, תקרת הכיסוי בגין סעיף זה תהיה לכל תקופת ההסכם למבוטח.
5.3	יובהר כי אם תבוטל הפוליסה אצל המבטח הנוכחי, ו/או אם הפוליסה תתחדש אצל מבטח אחר, המבטח הנוכחי יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול.

.6	<p align="center"><b>השתתפות עצמית</b></p> <p>6.1 המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל מרשם ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.</p> <p>6.2 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.</p> <p>6.3 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו.</p>
.7	<p align="center"><b>הגבלה לחבות המבטח</b></p> <p>בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:</p> <p>7.1 טיפולים או תרופות ניסיוניות. מובהר כי תרופות המצוינות בסעיף 2.5 לא תחשבנה כניסיוניות על פי פרק זה.</p> <p>7.2 טיפולי שיניים, תרופות לטיפול ולטיפולי שיניים.</p> <p>7.3 תוספי מזון וויטמינים. למרות האמור, המבטח יישא בעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי, לצורך טיפול במחלת הסרטן, ועד 10% מסכום הביטוח המרבי.</p> <p>7.4 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.</p> <p>7.5 חיסונים לצורך מניעת מחלה.</p>
.8	<p align="center"><b>הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל</b></p> <p>8.1 המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.</p> <p>8.2 חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.</p> <p>8.3 למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יא המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.</p>

### פרק ז' - ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל

הגדרות	.1
<p style="text-align: right;">אחד מאלה:</p> <p>(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;</p> <p>(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות הרשוהו לספק שירות בחירת רופא בתשלום;</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;</p> <p>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;</p> <p>מרפאה כירורגית פרטית -</p> <p>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;</p> <p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;</p> <p>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</p>	<p>"בית חולים פרטי" -</p> <p>"התייעצות" -</p> <p>"טיפול מחליף ניתוח" -</p> <p>"מרפאה כירורגית פרטית" -</p> <p>"ניתוח" -</p> <p>"קופת חולים" -</p> <p>"רופא מומחה" -</p>

המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות  
האמורות;

"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;

"תקופת אכשרה" –

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

<b>מקרה הביטוח</b>	<b>.2</b>
מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.	
<b>הכיסוי הביטוחי</b>	<b>.3</b>
<p>פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:</p> <p>(1) שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;</p> <p>(2) שכר מנתח;</p> <p>(3) ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;</p> <p>(4) טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.</p>	
<b>תקופת אכשרה</b>	<b>.4</b>
<p>(א) תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.</p> <p>(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.</p>	

**פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:**

- (1) מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- (2) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- (3) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
  - (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
  - (ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- (4) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- (5) השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- (6) ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- (7) מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- (8) מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- (9) מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## **פרק ז' - ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים לשב"ן וביצוע ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בכפוף לתשלום השתתפות עצמית**

מבוטח יהיה זכאי להצטרף לביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול "משלים לשב"ן". תנאי הביטוח על פי "מסלול משלים שב"ן" הינם תנאי הביטוח המפורטים בפרק ז', אולם הזכאות לתגמולי ביטוח הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית שב"ן מוכרת בה הוא חבר, ובנוסף להם.

**1.** הגדרות והחריגים בנספח זה יהיו ההגדרות והחריגים המפורטים בתנאים הכללים ובפרק ז'.

### **2. התחייבות המבוטח למצות את זכאותו בביטוח המשלים (שב"ן)**

תנאי הביטוח על פי פרק זה הינם במתכונת "משלים לשב"ן", על כן על המבוטח יחולו התנאים הבאים:

- 2.1 תחילה יפנה המבוטח לשב"ן בו הוא חבר, וימצה את זכאותו בהתאם לתנאי השב"ן.
- 2.2 המבוטח יעביר את אישור הזכאות הכתוב שקיבל מהשב"ן, לגבי התביעה שהוגשה למבטח, מוקדם ככל שניתן.

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

### **4. חבות המבטח**

**4.1 ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן**  
בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, והמבוטח נדרש לשלם במישרין השתתפות עצמית לנוותן השירות, ישלם המבטח למבוטח או לנוותן השירות, לפי העניין, את מלוא סכום השתתפות העצמית כאמור.

**4.2 ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן**  
המבוטח יישא בהשתתפות בשיעור 20% מעלות הניתוח כקבוע באתר האינטרנט של המבטח לגבי אותו סוג ניתוח, ולא יותר מסך של 4,000 ₪ עבור שירותי האשפוז והניתוח, לכל ניתוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

**4.2.1** השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל החברים בשב"ן לרבות:

**4.2.1.1** תביעתו לתוכנית השב"ן נדחתה מכיוון שנותן השירות (רופא המנתח, בית החולים, ספק האביזרים המושתלים) אינו בהסדר תשלומים עם השב"ן.



4.2.1.2	נשללה זכאותו של המבוטח לתגמולים מאת השב"ן מפני שבמועד קרות מקרה הביטוח נמצא בתקופת אכשרה.
4.2.1.3	המבוטח אינו חבר בשב"ן במועד קרות מקרה הביטוח, לרבות בשל פיגור או אי תשלום דמי חבר.
4.2.2	המבוטח בחר לא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו מסיבה כלשהי.
4.2.3	המבוטח הינו חייל בשירות סדיר.
4.3	<b>אופן תשלום ההשתתפות העצמית</b>
4.3.1	אם הניתוח יבוצע אצל נותן שירות בהסכם עם המבטח, ישלם המבוטח את ההשתתפות העצמית ישירות לנותן השירות.
4.3.2	אם הניתוח יבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, והמבטח רשאי להפעיל תכנית ביטוח ניתוחים המקנה החזר עבור ביצוע ניתוח, תנוכה ההשתתפות העצמית מהחזר לו זכאי המבוטח מאת המבטח בגין אותו ניתוח, בהתאם לנקוב באתר האינטרנט של המבטח.
4.3.3	למרות האמור, אם על פי חוות דעת של רופא מטעם המבוטח ישנה סכנה להחמרה במצב בריאותו של המבוטח, ואי ביצוע הניתוח עד למועד מסוים עלול לסכן את חיי המבוטח או לגרום לנכות רפואית או תפקודית קבועה, ולא ניתן לבצע את הניתוח במסגרת נותני השירות שבהסכם עם השב"ן, עד לאותו מועד, <b>יישא המבטח במלוא תגמולי הביטוח (לאמור לא תחול השתתפות עצמית) על פי התנאים הקבועים בפרק ז'.</b>

## 5. הצטרפות לביטוח ניתוחים מ"השקל הראשון" במקרה של ביטול השב"ן

5.1	מבוטח אשר הצטרף לביטוח ניתוחים במסלול "משלים שב"ן" על פי פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברות באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש פוליסה לניתוחים פרטית מ"השקל הראשון". ההצטרפות לפוליסה מ"השקל הראשון" תהיה ברצף ביטוחי מלא.
5.2	מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסה מ"השקל הראשון" מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן, ובתנאי שמקרה הביטוח טרם אירע. לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן יוכל המבוטח להצטרף לפוליסה פרטית מ"השקל הראשון" בכפוף למילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבטח על קבלתו לביטוח. הביטוח על פי הפוליסה מ"השקל הראשון" יכנס לתוקפו במועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
5.3	דמי הביטוח החודשיים עבור פוליסה מ"השקל הראשון" הינם כמקובל אצל המבטח באותה עת לכלל המועמדים לביטוח.

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

**פרק ח' - שירותים רפואיים אמבולטוריים**

**1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:**

**1.1 אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.

**1.2 בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.

**1.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה – אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מניעה, בדיקות גנטיות, ובדיקות אונקוגנטיות, לרבות לצורך התאמת טיפול למצבו הרפואי והפרופיל הגנטי של המבוטח, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצעם בחו"ל. כמו כן תכוסנה בדיקות סקר תקופתיות שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא תכוסנה בדיקות הריון מכל סוג שהוא.**

**1.4 טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטאליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

**1.5 טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** כל פרוצדורה רפואית בכל טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות במועד ביצוען ובין אם לאו, בין אם מוכרות ומבוצעות רק בחו"ל, אשר מטרתן אבחון מצב רפואי, מניעה, טיפול, ריפוי, של מחלה או פגיעה או בסימפטומים של מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

## **.2 מקרה הביטוח**

ביצוע טיפול רפואי המפורט בסעיפים 12-4 במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

## **.3 תגמולי הביטוח**

**3.1** אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבוטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.

**3.2** אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות המוכר ע"י השב"ן, והשב"ן השתתף בעלות הטיפול, יישא המבוטח בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששולם עבור הטיפול לבין סכום השתתפות השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

**3.3** אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן ו/או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבוטח בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

.4	אביזרים רפואיים
4.1	<p>המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח על פי המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במקרה של צורך ברכישת אביזר רפואי לאחר ביצוע ניתוח, ולא יאוחר מ- 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, המבטח ישתתף בעלות עד לתקרה של 10,000 ₪.</p>
4.2	<p><b>לא תכוסנה עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.</b></p>
4.2.1	<p><b>לא תכוסנה משקפיים או עדשות. במקרה של קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, ו/או אסטיגמטיזם מעל 7 תכוסנה העדשות בלבד. כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.</b></p>
4.2.2	<p><b>לא תכוסנה נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ראומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים, כמו כן תכוסנה נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.</b></p>
<p><b>מובהר, כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם. תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב - 31.08.2017).</b></p>	
.5	מנוי למשדר קרדילוגי
5.1	<p>המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 180 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.</p>
5.2	<p>המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.</p>
5.3	<p>אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.</p> <p>המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.</p>
<p><b>תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).</b></p>	

<b>6.1</b>	<b>התייעצות עם רופא מומחה</b>
6.1.1	מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח.
6.1.2	עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבטח עד 800 ₪ לכל התייעצות.
6.1.3	המבוטח יהיה זכאי לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.
6.1.4	מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לו זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.
<b>6.2</b>	<b>חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל</b>
6.2.1	המבטח ישתתף בעלות בגין התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 7,200 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
6.2.2	תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
6.2.3	במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
6.2.4	יובהר, כי במסגרת סעיף זה תכוסנה כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות, איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
6.2.5	<b>חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור. אם לא ניתן אישור מראש כאמור, יופחת סכום תגמולי הביטוח עד לסכום לו הייתה נמסרת הודעה מראש.</b>
	<b>תקופת אכשרה לסעיף 6 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבטחים קיימים (שהיו מבטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).</b>

<b>7.1</b>	<b>התייעצות עם רופא שיקומי</b>
	המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית שניתנה למבטח במהלך

תקופת הביטוח, ע"י מומחה שיקומי לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, ועד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות פעם אחת בכל שנת ביטוח.

#### **7.2 שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, ועד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

#### **7.3 התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, ועד לסכום של 250 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

#### **7.4 טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)**

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

**על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה. כמו כן, מבטח הזכאי לטיפול על פי סעיף 12 להלן לא יהיה זכאי לשירותים הקבועים בס"ק 7.2-7.4 שלעיל.**

**תקופת אכשרה לסעיף 7 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).**

### **8. בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות**

#### **8.1 בדיקות לנשים בהריון**

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,000 ₪ לכל הריון.

#### **8.2 בדיקות גנטיות**

המבוטחת/ת יהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטחת/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטחת/ת אינו זכאי לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד ל- 1,250 ₪ לכל מבוטח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

- 8.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית**  
 מבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפולי פוריות ו/או הפריה שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני, ועד לסכום של 20,000 ₪ לכל ניסיון להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק). למען הסר ספק, הכיסוי יינתן גם עבור טיפולים שיבוצעו בחו"ל בנסיבות בהן לא ניתן לבצע את הטיפול בישראל, או סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל גבוהים מביצועו בישראל, או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עלול לפגוע בסיכויי הצלחת הטיפול. המבוטח/ת יהיה זכאי לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.
- 8.4 ניתוח לצורך פרייון והפריה**  
 המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע הליך כירורגי לצורך פרייון והפריה, שבוצע בגופו של המבוטח.
- 8.5 מעקב הריון**  
 מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.
- 8.6 שמירת הריון באשפוז**  
 מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.
- 8.7 אם פונדקאית**  
 יובהר כי הזכאות על פי סעיף 8 - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.
- 8.8 חריג לסעיף זה**  
 מבוטח שהינו ילדו/ביתו של חבר, אינו/ה זכאית לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
- תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי הינה 9 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם).**

**9. כיסוי מיוחד לילדים**

- 9.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים**  
 מבוטח שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 היעדרות, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

<p><b>9.2 בעיות הרטבה לילדים</b></p> <p>המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.</p>	
<p><b>9.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה</b></p> <p>9.3.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת <i>BRC</i>, <i>TOVA</i>, ועד לסכום של 1,800 ₪.</p> <p>הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.</p> <p>9.3.2 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ₪.</p>	
<p><b>9.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים</b></p> <p>המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקויי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 150 ₪ לטיפול, ולא יותר מ- 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.</p> <p><b>תקופת אכשרה לסעיף 9 רבתי הינה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).</b></p>	
<p><b>10. יעוץ/טיפול פסיכולוגי</b></p>	
<p>10.1 המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 240 ₪ לכל טיפול.</p>	
<p><b>10.2 יעוץ פסיכיאטרי</b></p> <p>המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 640 ₪, לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.</p> <p><b>תקופת אכשרה לעניין סעיף 10 זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).</b></p>	
<p><b>11. בדיקות אבחוניות</b></p>	
<p>11.1 המבטח יישא במלוא תגמולי הביטוח עבור בדיקות רפואיות אבחוניות</p>	



או פתולוגיות. השתתפות עצמית בשיעור של 20% מעלות הבדיקה האבחונית, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.

## 11.2 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית או פתולוגית

11.2.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.

11.2.2 השתתפות המבטח הינה עד לסכום של 800 ₪ עבור כל התייעצות כאמור. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת אחרי ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית.

### 11.2.3 חריגים:

11.2.3.1 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

11.2.3.2 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות סקר תקופתית ללא הפניה או המלצה מאת רופא אשר הנושא בתחום מומחיותו.

על פי סעיף זה לא תחול תקופת אכשרה.

11.3 רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 240 ₪ (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד). המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

11.3.1 הומיאופתיה

11.3.2 אוקופונקטורה

11.3.3 כירופרקטיקה

11.3.4 אוסטיאופטיה

11.3.5 רפלקסולוגיה

11.3.6 שיאצו

11.3.7 ייעוץ דיאטטי

11.3.8 שיטת פלדנקרייז

11.3.9 ביו-פידבק

11.3.10 נטורופתיה

11.3.11 הרבולוגיה

11.3.12 שיטת פאולה

11.3.13 שיטת אלכסנדר

11.3.14 חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור).

11.3.15 שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל ותהינה מוצעות לציבור הרחב ע"י השב"ן מטעם קופות החולים השונות.

#### 11.4 תנאי לחבות המבטח

קבלת שירותי רפואה משלימה אצל מטפל שלא במסגרת קופת חולים או הביטוח המשלים, כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

#### 11.5 חריגים

11.5.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפולים עתידיים.

11.5.2 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

תקופת אכשרה לסעיף 11 רבתי זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב- 31.08.2017).

### 12. שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, כמפורט להלן:

#### 12.1 חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים

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

#### 12.2 שכר אח/אחות פרטית

12.2.1 המבטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בביה"ח, עד לסכום של 550 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

12.2.2 בנוסף, ישתתף המבטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים ועד לסכום של 200 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

#### 12.3 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.

## 12.4 טיפול שיקומי בעת אשפוז

- 12.4.1 המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד לסכום של 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. **יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.**
- 12.4.2 בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיננו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.
- 12.4.3 המבטח ישתתף בהוצאות החלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, שיפוי בשיעור 80% ועד 750 ₪ לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

## 12.5 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח

- 12.5.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
- 12.5.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 12.5.3 יובהר כי מבוטח הזכאי לטיפולים על פי סעיף זה לא יהיה זכאי לטיפולים פיזיותרפיים או שיקומיים לפי סעיף 7 בפרק זה.

## 12.6 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

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

## 12.7 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח

בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה-A.D.L על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של עד 200 ₪ לכל יום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי, ולתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.

## 12.8 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה

מבוטח שגילו נמוך מ- 65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.

**המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.**

## רובד רשות שלישי

<b>פרק ט' - תאונות אישיות</b>	
<b>הגדרות</b>	<b>1.</b>
<b>בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:</b>	
<b>1.1 נזק:</b>	פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
<b>1.2 פטירה:</b>	מותו של המבוטח, לרבות היעלמותו לתקופה העולה על 60 יום מחמת היעלמות או התרסקות מטוס או טביעת אנייה בה נסע המבוטח כנוסע מוכר.
<b>1.3 נכות:</b>	אובדנו של איבר או חלק ממנו בשל הפרדתו הפיזית מן הגוף, או אובדן מוחלט או חלקי של כושר פעולתו התפקודית של איבר מאברי הגוף, או פגיעה המזכה בנכות עפ"י המבחנים הקבועים לכך בסעיף 2.6 להלן.
<b>1.4 נכות מלאה/ חלקית צמיתה:</b>	נכות מלאה תמידית, שתיקבע באמצעות המבחנים הקבועים לכך בפרק ד'. מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות זמנית לתקופה העולה על 24 חודשים, ייחשב הדבר כנכות קבועה והמבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
<b>1.5 שבר:</b>	פגיעה בשלמות העצם עם שינוי או ללא שינוי בצורתה המקורית (למעט שבר ספונטני – שבר הנגרם מעצמו), המוכחת בצילום אבחנתי.
<b>1.6 כווייה:</b>	פגיעה או צריבה בעור הגוף, עקב מגע באש, או מגע במוצק חם/קר או נוזל חם/קר או גז חם/קר, או בשל קרינה, זרם חשמל, או חומר פעיל כימית (כגון חומצה).
<b>1.7 כווייה מדרגה שנייה:</b>	כווייה הפוגעת מעבר לשכבת העור החיצונית (אפידרמיס) היוצרת שלפוחיות.
<b>1.8 כווייה מדרגה שלישית:</b>	כווייה ההורסת את מלוא עובי העור.
<b>1.9 יד:</b>	כל אחת משתי הגפיים העליונות של האדם (לא כולל אצבעות ושורש כף היד).
<b>1.10 רגל:</b>	כל אחת משתי הגפיים בגוף האדם המשמשות להליכה (לא כולל הקרסול, כף הרגל ואצבעות כף הרגל).

1.11	<b>גולגולת:</b>	כל עצמות הגולגולת והפנים, לא כולל עצמות האף והשיניים אשר תחשבנה כעצם אחת.
1.12	<b>אגן:</b>	כל עצמות האגן אשר תחשבנה עצם אחת.

## 2. ביטוח נכות או פטירה כתוצאה מתאונה

2.1	<b>מקרה הביטוח</b>	מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:
2.1.1		פטירתו של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
2.1.2		נכותו הצמיתה של המבוטח, עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, ובתנאי שהנכות, לרבות החמרתה, גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח.
2.2	<b>מועד קרות מקרה הביטוח</b>	מועד קרות מקרה הביטוח לגבי מקרה נכות מתאונה הינו המועד בו אירעה התאונה. מועד קרות מקרה הביטוח לגבי פטירתו של המבוטח הינו המועד בו אירעה התאונה.
2.3	<b>סכום הביטוח במקרה של פטירה כתוצאה מתאונה</b>	במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח או למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו סכום ביטוח כדלקמן: עד גיל 50 – 150,000 ₪. 51-60 – 75,000 ₪. 61-65 – 50,000 ₪. מעל גיל 66 – 25,000 ₪.
2.4	<b>סכום הביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה</b>	סכום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הינו כדלקמן: עד גיל 50 – 150,000 ₪. 51-60 – 75,000 ₪. 61-65 – 50,000 ₪. מעל גיל 66 – 25,000 ₪.
2.4.1		אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא סכום הביטוח כמפורט בסעיף 2.4.1 לעיל.
2.4.2		אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא סכום הביטוח כמפורט בסעיף 2.4.1 לעיל.
2.5	<b>סכום הביטוח במקרה נכות חלקית צמיתה</b>	אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך סכום הביטוח הנקוב בסעיף 2.4 לעיל, למקרה של נכות מלאה וצמיתה.

## 2.6 חישוב תגמולי הביטוח לנכות צמיתה

- 2.6.1 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח, יחושב גובה הפיצוי כמכפלה ישירה של אחוז הנכות שנקבע למבוטח בסכום הביטוח המלא, בין אם מדובר במקרה אחד או יותר.
- 2.6.2 אם נקבעה למבוטח נכות לפני מועד תחילת הביטוח, לא ישוקללו אחוזי הנכות הללו עם אחוזי הנכות שייקבעו במסגרת ביטוח זה, אלא אם הנכות שנקבעה לפני מועד תחילת הביטוח מתייחסת לאותו איבר שנפגע במהלך תקופת הביטוח.
- 2.6.3 מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אחוזי נכות להם היה זכאי, על פי תנאי פוליסה זו, טרם הצטרפותו לביטוח. כמו כן לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות עקב תאונה שאירעה טרם הצטרפותו של המבוטח לביטוח, או עקב מחלה שאובחנה אצל המבוטח טרם הצטרפותו לביטוח.
- 2.6.4 מובהר בזאת כי בכפוף לאמור בס' 6 בפרק ב – חריגים כלליים, המבטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור מתשלום תגמולי ביטוח, או כי הופחתה חבותו לתשלום תגמולי ביטוח עקב מצב רפואי קודם של המבוטח, או מכיוון שמצבו הרפואי של המבוטח הינו מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם למועד קרות מקרה הביטוח, או כי מצבו הרפואי הינו הגורם לקרות מקרה הביטוח.
- 2.6.5 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 2.4 לעיל.

## 2.7 קביעת הנכות הרפואית הצמיתה

- 2.7.1 דרגת הנכות הרפואית שנגרמה למבוטח עקב מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו, תיקבע על פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו לפגיעה מהסוג הנדון שבתקנות הביטוח הלאומי לנפגעי תאונות עבודה (להלן "המבחנים"), למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תק' 15). אין בקביעת נכות כאמור כדי להחיל על פוליסה זו הוראה כלשהי מתוך חוק הביטוח הלאומי ותקנותיו.
- 2.7.2 לא פורטה הפגיעה במבחנים על פי סעיף 2.7.1, תיקבע דרגת הנכות על ידי רופא מומחה למקרה הפגיעה לפי הפגיעה הדומה לה, מבין הפגיעות שנקבעו במבחנים. אם יתגלעו חילוקי דעות בנוגע לקביעת הנכות עפ"י סעיף זה, תיקבע דרגת הנכות עפ"י רופא מומחה לאותו תחום רפואי, שימונה ע"י יועץ הביטוח. המבטח יישא בעלות שכר טרחתו של הרופא המומחה כאמור.
- 2.7.3 נקבעה למבוטח דרגת נכות, כתוצאה מתאונה המכוסה על פי פרק זה שארעה במהלך תקופת הביטוח, ע"י המוסד לביטוח לאומי על פי המבחנים, בטרם נקבעו שיעורי הנכות ע"י המבטח, תחייב קביעתו של הביטוח הלאומי את המבטח.

## 3.1 מקרה הביטוח

שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה. (להלן "שבר תאונתי").

## 3.2 מועד קרות מקרה הביטוח

המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לשבר אצל המבוטח.

## 3.3 חישוב תגמולי הביטוח לשבר תאונתי

3.3.1 המבטח ישלם למבוטח שיעור הפיצוי כמצוין לצד האיבר, מתוך סכום ביטוח של 10,000 ₪.

שיעור הפיצוי	איבר	שיעור הפיצוי	איבר
35%	חוליה – קשת חולייתית (למעט עצם הזנב)	100%	חוליה – גוף חולייתי (למעט עצם הזנב)
10%	שורש כף היד	100%	אגן
10%	קרסול	100%	גולגולת (למעט האף והשיניים)
10%	עצם הזנב	50%	חזה (כל צלע ועצם בחזה)
3%	כף יד ואצבעות	50%	כתף (עצם הבריח ועצם השכמה)
3%	כף רגל ואצבעות	35%	יד
3%	אף	35%	רגל

3.3.2 אם כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי נשברה יותר מעצם אחת, יחוברו סכומי הביטוח (כל שבר יחשב עפ"י שיעורו מסכום הביטוח המלא) מתוך לוח הפיצויים, ובלבד שסכום הביטוח הכולל לא יעלה על סכום הביטוח כמצוין בסעיף 3.3.1.

3.3.3 מובהר כי אם עקב תאונה נגרמו מספר שברים באותו איבר (לדוגמא מספר שברים ביד או שבר במספר אצבעות באותה כף יד), יהיה זכאי המבוטח לפיצוי אחד כאילו נגרם שבר אחד בלבד.

3.3.4 מובהר כי במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי המבוטח לפיצוי עבור שבר באותו איבר פעם אחת בלבד, ולא יהיה זכאי לתגמול נוסף בגין שבר חוזר באותו איבר.

3.3.5 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבותו המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 3.3.1.

3.4 סייג מיוחד לפרק זה  
פרק זה אינו מכסה מקרה של שבר הנגרם מתהליך הדרגתי מתמשך.

#### 4. אירוע כוונה כתוצאה מתאונה

4.1 מקרה הביטוח  
כוונה הנגרמת כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה. (להלן "כוונה תאונתית").

4.2 מועד קרות מקרה הביטוח  
המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית לכוונה אצל המבוטח.

4.3 חישוב תגמולי הביטוח לכוונה תאונתית  
המבטח ישלם למבוטח את שיעור הפיצוי כמצוין לצד חומרת הכוונה, מתוך סכום ביטוח של 10,000 ₪.

שיעור הפיצוי – כוונה מדרגה שלישית	שיעור הפיצוי – כוונה מדרגה שנייה	היקף הכוונה ביחס לשטח פני הגוף
100%	50%	28% - 100%
80%	40%	20% - 27%
60%	30%	10% - 19%
20%	10%	4.5% - 9%

4.4 מובהר כי סך תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח אחד ו/או בגין כל מקרי הביטוח יחד, שאירעו במהלך תקופת הביטוח, לא יעלו על תקרת חבות המרבית של המבטח כמצוין בסעיף 4.3.

#### 5. פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה תאונה

5.1 מקרה הביטוח  
מצבו הסיעודי של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

לעניין פרק זה מצב סיעודי:

מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות, או 2 מתוך 6 הפעולות בלבד כשאחת מהן הינה אי שליטה על הסוגרים:

1. לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.



2. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של המבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג, ובכלל זה להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
3. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של המבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה בעזרת קשית, ולא אכילה בעזרת קשית), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
5. **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של המבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
6. **ניידות:** יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של בעל הפוליסה לנוע. אולם, ריתוק למיטה או שימוש בכסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של בעל הפוליסה לנוע.
- 5.2 מועד קרות מקרה הביטוח**
- המועד בו אירעה התאונה אשר היוותה את הסיבה העיקרית למצבו הסיעודי של המבוטח.
- 5.3 תקופת המתנה**
- 5.3.1 תקופת ההמתנה הינה 60 ימים.
- 5.3.2 במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח.
- 5.3.3 זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח תחל בתום תקופת ההמתנה, ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
- 5.3.4 הזכאות לתגמולי ביטוח בגין מצב סיעודי חוזר, שנגרם מאותו מקרה ביטוח בתוך 12 חודשים, הינה ללא תקופת המתנה.
- 5.4 פיצוי שבועי במקרה של מצב סיעודי**
- מבוטח במצב סיעודי יהיה זכאי, בחלוף תקופת ההמתנה, לפיצוי שבועי בסך של 600 ₪ לשבוע.
- 5.5 תקופת הפיצוי**
- מבוטח יהיה זכאי לפיצוי השבועי בחלוף תקופת ההמתנה, וכל עוד נמשך המצב הסיעודי, אך לא יותר מתקופה מצטברת של 104 שבועות, או עד פטירתו של המבוטח, לפי המוקדם מביניהם.

.6	<p><b>הוצאות רפואיות עקב תאונה</b></p> <p><b>6.1 מקרה הביטוח</b> טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.</p> <p><b>6.2 תגמולי ביטוח</b> המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד לסכום בסך של 5,000 ₪ לכל מקרה ביטוח מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים ושירותי שיקום, ועד שיעור 80% ועד לסכום של 20,000 ₪ עבור הוצאות שירותי ניתוח ואשפוז לרבות עבור ניתוחים קוסמטיים עקב תאונה.</p> <p><b>6.3 שירותים רפואיים עקב תאונה</b> שירותים רפואיים לעניין פרק זה: פינוי רפואי ממקום התאונה, בדיקות אבחון, ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) /1 או טיפולים מחליפי ניתוח, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, אביזרים רפואיים, טיפולים דנטאליים עקב תאונה, ו/או כל טיפול רפואי אחר על פי הוראת רופא מומחה, וכן הוצאות הנדרשות בנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.</p>
.7	<p><b>פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה</b></p> <p><b>7.1 מקרה הביטוח</b> אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.</p> <p><b>7.2 תגמולי הביטוח</b></p> <p>7.2.1 מבוטח שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך 200 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז, ולתקופה מרבית בת 60 ימים.</p> <p>7.2.2 בנוסף, מבוטח שאושפז בבית חולים ציבורי, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד לסכום של 480 ₪ עבור הוצאות שירותי אחות פרטית או השגחה, סיוע וטיפול סיעודי, החל מהיום שאחרי יום האשפוז ועד 21 ימי אשפוז רציפים.</p> <p><b>7.3 אשפוז חוזר</b> אם במהלך 3 חודשים אושפז המבוטח יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח, תחושבנה שתי תקופות האשפוז כאילו הייתה זו תקופה אחת רצופה. אם בין שתי תקופות האשפוז הנוסף חלפו יותר מ-3 חודשים, אזי האשפוז ייחשב כתקופת אשפוז חדשה.</p>

- 8.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה אשר אירעה בתקופה בה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח עבור אי כושר עבודה מהמבטח.
- 8.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח, בגין אי כושר עבודה מלא או חלקי שהיה קיים במועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 8.3 קרינה יונית או גרעינית, קרינה או זיהום רדיו אקטיביים, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית, בעירת דלק גרעיני.
- 8.4 פעולה תחת השפעה של אלכוהול או סמים או תרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך.
- 8.5 פעולה פלילית של המבוטח.
- 8.6 נסיעה בכלי טיס שאינו מורשה כחוק.
- 8.7 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט תמורת שכר. למען הסר ספק, השתתפותו של המבוטח במסגרת הליגה למקומות עבודה, חוגי ספורט, לא תיחשב כפעילות במסגרת קבוצת ספורט.
- 8.8 השתתפות במרוצי תחרות מקצועני למיניהם, יובהר כי מרוצים עממיים לא יחשבו כתחרות מקצוענית לעניין פוליסה זו.
- 8.9 מוות או נכות או שבר או כוויה, כתוצאה ממחלה, ושלא נגרמו כתוצאה מתאונה. יובהר כי תכוסה מחלה אם רופא מומחה קבע שהמחלה נבעה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
- 8.10 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות כתוצאה מתאונה אם הנכות נגרמה כתוצאה ישירה של טיפול רפואי או ניתוח, למעט אם הטיפול או הניתוח נדרש עקב תאונה כהגדרתה עפ"י פוליסה זו, כמו כן לא יכוסה נזק כתוצאה מהדבקות במחלה, חיידק או וירוס.
- 8.11 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בפרק זה, לפי העניין.

## רובד רשות רביעי

### פרק י' - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא

1.	הגדרות -
	<b>בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצדם:</b>
1.1	<b>נזק:</b> פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
1.2	<b>פטירה:</b> מותו של המבוטח, לרבות היעלמותו לתקופה העולה על 60 יום מחמת היעלמות או התרסקות מטוס או טביעת אנייה בה נסע המבוטח כנוסע מוכר.
1.3	<b>אי כושר מלא:</b> אי יכולתו של המבוטח לעבוד בשיעור 75% או יותר משעות העבודה, עקב מחלה או תאונה, במקצוע או בעיסוק האחרון בהם עסק עובר למועד קרות מקרה הביטוח, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה.
1.4	<b>שעות עבודה:</b> ממוצע שעות העבודה השבועיות שעבד המבוטח ב- 12 השבועות טרם קרות מקרה הביטוח.
1.5	<b>ריתוק לבית:</b> מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי מרותק לביתו במשך רוב שעות היממה, ועקב כך אינו יכול לעסוק בכל עבודה שהיא, או מאושפז בבית חולים או שוהה במוסד סיעודי או שיקומי, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה. מבלי לפגוע בכלליות האמור, מבוטח הנמצא זכאי לפחות ל- 6 נקודות על פי מבחן התלות של הביטוח הלאומי, לתקופה העולה על תקופת ההמתנה, ייחשב כמי שמרותק לביתו לעניין פרק זה. יובהר כי זכאותו של המבוטח על פי מבחן התלות אינה מותנית באישור הביטוח הלאומי, אולם אם ביטוח לאומי קבע את זכאותו של המבוטח תחייב קביעתו את המבטח.
2.	<b>אי כושר מלא</b>
2.1	<b>מקרה הביטוח</b>
	אי כושר מלא של המבוטח כתוצאה מתאונה או מחלה שארעה במהלך תקופת הביטוח.

## 2.2 המועד הקובע

המועד הקובע לצורך זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח, יהיה המועד הנקוב באישור המחלה שניתן ע"י רופא מוסמך, כיום ההיעדרות הראשון מעבודה. תנאי לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח הינו כי המועד הקובע הנקוב באישור המחלה, ומועד הנפקת האישור, הינם לאחר מועד תחילת הביטוח על פרק זה.

## 2.3 תקופת המתנה במקרה של אי כושר מלא

- 2.3.1 במקרה של אי כושר מלא כתוצאה מתאונה או מחלה, תקופת ההמתנה הינה 60 ימים.
- 2.3.2 במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח.
- 2.3.3 זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח תחל בתום תקופת ההמתנה, לפי העניין, ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
- 2.3.4 מובהר כי אם בתקופת ההמתנה היה המבוטח באי כושר עבודה מלא ושב לעבודתו, ותוך תקופה של עד 30 ימי עבודה חזר להיות באי כושר עקב אותו מקרה ביטוח, יראו את שתי תקופות אי הכושר כתקופה רציפה אחת לעניין חישוב ימי ההמתנה.

## 2.4 פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא

- 2.4.1 מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, ונמצא במצב של אי כושר מלא, יהיה זכאי בחלוף תקופת ההמתנה בת 60 ימים, לפיצוי שבועי בגין אי כושר מלא בסכום של 600 ₪ לשבוע, ועד לתקופה בת 24 חודשים. ברם, בתום 24 החודשים, תיבחן זכאותו של המבוטח מחדש. אם יתברר שהינו מרותק לביתו, על פי האמור בסעיף 1.5 לעיל יהא המבוטח זכאי לתקופת פיצוי נוספת של עד 36 חודשים נוספים או עד הגיעו לגיל 67, לפי המוקדם מביניהם.
- 2.4.2 יובהר כי תקופת הפיצוי למבוטח בגין אי כושר מלא כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל, תסתיים במועד בו הסתיימה תקופת אי כושר המלא, או בהגיע המבוטח לגיל 67, לפי המוקדם מביניהם.
- 2.4.3 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי מבוטח שנמצא באי כושר מלא בעת הצטרפותו לביטוח, לא יוכל להצטרף לרובד זה במסגרת פוליסת ביטוח זו אף אם תמה תקופת הפיצוי בחברת הביטוח הקודמת.
- 2.4.4 עוד יובהר כי אם מבוטח קיבל פיצוי בגין אי כושר מלא מכוח הסכם הביטוח הקודם, ובמועד הצטרפותו לפוליסה זו אינו נמצא באי כושר מלא, יהיה זכאי לתגמולי הביטוח כאמור בסעיף זה, בכפוף לתנאים המצוינים בסעיף 2.4.1 לעיל.

## **2.4.5 יובהר כי גיל הכניסה המקסימאלי לרובד זה הינו בהגיע המבוטח לגיל 65 שנה.**

### **2.5 מענק החמרה**

מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 67 שנים, ואשר הוכר ע"י המבטח כבעל אי כושר מלא או כמי שמרותק לביתו לתקופה רציפה העולה על תקופת ההמתנה, כתוצאה ממחלה או אירוע רפואי המנוי ברשימת המחלות בפרק ד- הוצאות רפואיות מיוחדות, יהיה זכאי לפיצוי נוסף עבור תקופת ההמתנה (60 ימים) שחלפה. (פרינצי'זה) .

### **2.6 אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה**

מבוטחת שהוגדרה כבעלת אי כושר מלא כתוצאה מסיבוכי הריון, לתקופה רציפה העולה על תקופת ההמתנה בת 60 ימים, תהיה זכאית לפיצוי שבועי של 600 ₪ לשבוע כל עוד היא מצויה באי כושר מלא. תקופת הפיצוי תסתיים לכל המאוחר במועד הלידה.

### **2.7 אי כושר עבודה למבוטח שאינו מועסק**

מבוטח שטרם מלאו לו 67 שנים, שבמועד קרות מקרה הביטוח לא היה מועסק (לרבות שעיסוקו בניהול משק ביתו שלו), יהיה זכאי לפיצוי שבועי של 600 ₪ לשבוע, בחלוף תקופת ההמתנה בת 60 ימים, אם נקבע שהינו מרותק לביתו בלבד!

### **2.8 אי כושר חוזר**

אם שולם למבוטח פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא כאמור בהגדרת מקרה הביטוח בסעיף 2.1 לעיל, ותוך 90 ימים מיום הפסקת תשלום הפיצוי כאמור חזר המבוטח למצב אי כושר מלא בשל אותה תאונה או מחלה אשר בגינה כבר קיבל פיצוי שבועי, לא יהיה חייב בתקופת המתנה נוספת.

### **2.9 הגשת תביעה במקרה של אי כושר מלא**

2.9.1 בעת הגשת התביעה למבטח, יצרף המבוטח את כל המסמכים הנדרשים למבטח לבירור חבותו, לרבות מסמכים רפואיים ואישור מרופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו, ואישור מהמעביד על היעדרות מהעבודה (במקרה והמבוטח הינו שכיר), או טופס הערכה תפקודית (במקרה והמבוטח אינו מועסק).

2.9.2 במקרה שהוגדר המבוטח כבעל אי כושר מלא, ייקבע המבטח את התקופה לגביה זכאי המבוטח לפיצוי שבועי. בטרם חלפה התקופה שקבע המבטח, רשאי המבטח לדרוש מהמבוטח, לפי שיקול דעתו ובהודעה מראש, להיבדק על ידי רופא תעסוקתי שיתמנה לשם כך על ידו ועל חשבונו של המבטח, או להמציא אישורים רפואיים לצורך קביעת תקופת אי הכושר הבאה.

### **2.10 ביטוח עבור מבוטח שהינו תלמיד או סטודנט**

2.10.1 מבוטח שטרם התגייס לשירות חובה בצה"ל או שירות לאומי,

יהיה זכאי לפיצוי של 600 ₪ לכל שבוע בגין היעדרות ממוסד חינוכי/לימודי, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. הזכאות תהיה לאחר תקופת המתנה בת 60 ימים, ולתקופה מרבית בת 260 שבועות. **יובהר כי מבוטח שטרם מלאו לו 3 שנים לא יהיה זכאי לפיצוי על פי סעיף זה.**

2.10.2 בנוסף לאמור בס"ק 2.10.1 לעיל, מבוטח שטרם מלאו לו 27 שנים, הלומד במוסד להשכלה גבוהה, וכתוצאה מתאונה או מחלה נעדר מלימודיו במשך תקופה העולה על 60 יום, ועקב כך הפסיק את לימודיו, יהיה זכאי להחזר עבור שכר הלימוד ששולם למוסד, ולא יותר מסכום של 12,000 ₪.

### 3. הכשרה מקצועית

#### 3.1 מקרה הביטוח

שירותי הכשרה מקצועית שקיבל המבוטח עקב היותו במצב של אי כושר מלא.

#### 3.2 תגמולי הביטוח

מבוטח שגילו נמוך מ- 67 שנים והוגדר כבעל אי כושר מלא, או כמרותק לביתו, במהלך תקופת הביטוח, לתקופה העולה על 6 חודשים, יהיה זכאי להשתתפות ועד לסכום השווה ל- 10 תשלומי פיצוי שבועי כאמור בס"ק 2.4.1 לעיל עבור יעוץ בגין הכוונה מקצועית ועלות להכשרה מקצועית מתאימה.

### 4. הוצאות שיקומיות

#### 4.1 מקרה הביטוח

טיפולים שיקומיים שקיבל המבוטח במהלך תקופת הביטוח, עקב היותו במצב של אי כושר מלא או מרותק לביתו או במקרה של היעדרות מלימודים, לפי העניין.

#### 4.2 תגמולי הביטוח

מבוטח שהוגדר כבעל אי כושר מלא או כמרותק לביתו, וזכאי לפיצוי על פי פרק זה, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מההוצאות בגין טיפולים שיקומיים במהלך 12 חודשים מהמועד בו הוכר ע"י המבטח כבעל אי כושר מלא, או כמרותק לביתו, לפי העניין, ועד לסכום השווה ל- 6 תשלומי פיצוי שבועי כאמור בס"ק 2.4 לעיל.

#### 4.3 שירותים רפואיים ושיקומיים

שירותים שיקומיים לעניין פרק זה: טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, טיפולי שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום דיבור, ריפוי בעיסוק ושיקום אורתופדי מכל סוג או שיטה והשתתפות בעלות אביזרים רפואיים על פי הוראת רופא מומחה.

- 5.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה אשר אירעה בתקופה בה קיבל המבוטח תגמולי ביטוח עבור אי כושר עבודה מהמבטח.
- 5.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח, בגין אי כושר עבודה מלא או חלקי שהיה קיים במועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 5.3 קרינה יונית או גרעינית, קרינה או זיהום רדיו אקטיביים, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית, בעירת דלק גרעיני.
- 5.4 פעולה תחת השפעה של אלכוהול או סמים או תרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך.
- 5.5 פעולה פלילית של המבוטח.
- 5.6 נסיעה בכלי טיס שאינו מורשה כחוק.
- 5.7 פעילותו של המבוטח כספורטאי רשום בקבוצת ספורט תמורת שכר. למען הסר ספק, השתתפותו של המבוטח במסגרת הליגה למקומות עבודה, חוגי ספורט, לא תיחשב כפעילות במסגרת קבוצת ספורט.
- 5.8 השתתפות במרוצי תחרות מקצועני למיניהם, יובהר כי מרוצים עממיים לא יחשבו כתחרות מקצוענית לעניין פוליסה זו.
- 5.9 מוות או נכות או שבר או כוויה, כתוצאה ממחלה, ושלא נגרמו כתוצאה מתאונה. יובהר כי תכוסה מחלה אם רופא מומחה קבע שהמחלה נבעה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
- 5.10 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות כתוצאה מתאונה אם הנכות נגרמה כתוצאה ישירה של טיפול רפואי או ניתוח, למעט אם הטיפול או הניתוח נדרש עקב תאונה כהגדרתה עפ"י פוליסה זו, כמו כן לא יכוסה נזק כתוצאה מהדבקות במחלה, חיידק או וירוס.
- 5.11 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בפרק זה, לפי העניין.



## רובד רשות חמישי

### פרק יא' - גילוי מחלות קשות

המבטח יפצה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

#### 1. מקרה הביטוח

הינו אחת המחלות או האירועים הרפואיים המופיעים להלן, ואשר התגלו אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

#### 2. מועד קרות מקרה הביטוח

הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, המבוסס על אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינו בתחום מומחיותו:

1. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט, או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.

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

3. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד פתאומית חריפה באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

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

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

4. צהבת, מעמיקה;

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

5. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)** – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם;

2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
  3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
  4. השתלת מוח עצם.
6. **גידול שפיר של המוח/יותרת המוח/קרומי המוח**  
**(Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו, או במידה ואינו ניתן לניתוח גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
7. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
  8. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נוירולוג מומחה עלולים להותיר נזק נוירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
  9. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגופ של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
  10. **אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infraction)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
11. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
  12. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
  13. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת

לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ כ"א או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ"א, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

#### 14. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis)

##### – (Terminal Liver Disease)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת;
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
4. אנצפלופטיה כבדית;
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.

#### 15. מחלת ריאות חסימתית כרונית

(Chronic Obstructive Pulmonary Disease) – מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ כ"א, ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"א.

#### 16. ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) – עדות

לפגיעה משולבת בניריון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

#### 17. ניתוח גדול – ניתוח לב (ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפת אבי העורקים בחזה או בבטן), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה או ניתוח אחר בגינו המבוטח אושפז בבית החולים לתקופה של 4 ימים או יותר, לאחר מועד ביצוע הניתוח. מובהר כי בגין סעיף זה המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות רפואיות בלבד.

#### 18. סוכרת נעורים מסוג DIABETES MELLITUS - סוכרת נעורים

מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה טרם מלאו לו 18 שנה.

#### 19. סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.

20. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
21. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
22. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
23. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
24. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
25. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetani, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
26. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
27. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צבררוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**
28. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
29. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** – נוכחות של נגיף HIV בגופו של המבוטח.

30. **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות, והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
31. **תשישות נפש (Dementia)** – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.
32. **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת, שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים בסעיפים 31-1 לעיל.
  2. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
  3. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל בחלוף 12 חודשים נכות זמנית תיחשב כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
  4. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 5-1-2013 לתקופה העולה על 6 חודשים.
- יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).
- הגדרות המחלות: סרטן, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, התקף לב חריף, פרקינסון ותשישות נפש, נוסחו באופן שמיטב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2003/16".**

### 3. סכום הביטוח

- 3.1 **פיצוי במקרה קרות מקרה הביטוח**
- 3.1.1 בקרות מקרה הביטוח הראשון במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 25,000 ₪.
- 3.1.2 בקרות מקרה ביטוח שני במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 12,500 ₪ בהתקיים התנאים הבאים:

- א. המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי עבור גילוי אותה מחלה. לדוגמה מבוטח שקיבל פיצוי עבור גילוי מחלת הסרטן, לא יהיה זכאי לפיצוי בגין גילוי חוזר של מחלת הסרטן לרבות אם המחלה פרצה באזור אחר בגוף.
- ב. הזכאות לקבלת פיצוי בפעם השנייה מותנית בכך שחלפה תקופה בת 24 חודשים מהמועד בו התגלתה המחלה שזיכתה בפיצוי בפעם הראשונה.
- ג. המבוטח יהיה זכאי עד לשני תשלומי פיצוי במהלך תקופת הביטוח.
- ד. המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי עבור אובדן כושר עבודה, אלא רק שיפוי עבור הוצאות רפואיות.
- ה. המבוטח הזכאי לפיצוי ו/או שיפוי בגין אחת המחלות המנויות לא יהיה זכאי לשיפוי או פיצוי במקרה של נכות או סיעוד עקב אותה מחלה, לאמור, אין כפל כיסוי.

#### 4. חריגים

המבוטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה הקשה נתגלתה לראשונה לאחר מות המבוטח.

#### 5. תום תקופת הביטוח

מובהר בזאת כי תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים עבור כל אחד מהמבוטחים, במלאת לו 70 שנה.  
תקופת האכשרה לפי פרק זה הינה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

### מרכז שרות לקוחות:

טל. 012-720-700-1, פקס. 03-7569586  
בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, ר"ג 5250606, ת.ד. 10957  
moked-briut@ayalon-ins.co.il

### מחלקת תשלומי ביטוח (תביעות):

חברתנו פועלת סתוך הוגנות לסבוטחיה,  
"אנשים לשרות אנשים" הינה תפיסתנו.  
מחלקת תשלומי הביטוח תעמוד לשרותך למימוש  
תביעה בעת הצורך סכוח הפוליסה שרכשת.  
פקס. 03-7569586

[www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)