

# פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לעובדי מדינה ובני משפחותיהם

מהדורת 2022



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-1/6/2022.

תנאי הביטוח הקבוצתי החדש גובשו בסיוע של יועצים מומחים בתחום הביטוח הרפואי, ומבטיחה תנאים משופרים וחדשניים, ונותנת מענה למצב מערכת הבריאות הציבורית, ולהתפתחויות הרפואה והטכנולוגיה.

פוליסת הביטוח בנויה ממספר רבדים וכל מבוטח יכול להתאים את הביטוח ליכולתו הכלכלית, ולצרכים הביטוחיים שלו ושל בני משפחתו. לנוחיותך, רובדי הביטוח המוצעים מפורטים בתקציר הכיסויים הביטוחיים אשר בפרק גילוי הנאות.

במסגרת ההסכם החדש הקפדנו להמשיך להעניק לכלל עובדי המדינה והגמלאים, זכות להצטרף לביטוח השתתפות בהוצאות במקרה של גילוי מחלה קשה. ביטוח זה ממומן במלואו ע"י החברה לכלכלה ותרבות ואיננו מחייב רכישת רבדים אחרים במסגרת ביטוח הבריאות הקבוצתי. יובהר כי ההצטרפות לכיסוי ביטוחי זה כרוך בבקשת הצטרפות על פי ההנחיות והמגבלות המפורטות בתנאי הפוליסה.

בנוסף, עמית שירכוש לפחות את רובד הבסיס יינה מחבילת שירותים רפואיים באמצעות חברת פמי שירותי רפואה, כתב השירות אינו חלק מתנאי הפוליסה, וממומן ע"י החברה לכלכלה ותרבות לעובדי המדינה.

1. מוקד יעוץ רפואי-אונליין.
2. רופא עד הבית
3. יעוץ דיאטני אונליין.
4. רפואת מומחים אונליין.

אנו תקווה כי לאחר שתבדקו את תוכנית 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**

## תוכן עניינים

עמוד	שם הפרק
4	אופן הגשת תביעה
5	תמצית פרטי הפוליסה + תיאור הכיסויים על פי תקנות "גילוי נאות"
20	פרק א - הגדרות כלליות
26	פרק ב - חריגים כלליים
28	פרק ג - תנאים כלליים
<b>רובד בסיס</b>	
45	פרק ד - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
52	פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
55	פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
<b>רובד הרחבה לבסיס</b>	
59	פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות בעת גילוי מחלה קשה
64	פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות
<b>רובד רשות ראשון</b>	
67	פרק ט 1 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)
71	פרק ט 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה)
<b>הרחבה לרובד רשות ראשון</b>	
74	פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח
77	פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות
<b>הרחבה לרובד רשות שני</b>	
80	פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים
<b>הרחבה לרובד רשות שלישי</b>	
86	פרק יג - פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות
<b>הרחבה לרובד רשות רביעי</b>	
91	פרק יד - תאונות אישיות
<b>הרחבה לרובד רשות חמישי</b>	
97	פרק טו - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא

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

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבטוח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבטוח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה. את הבקשה למחלקת התביעות יש להגיש לפני ביצוע הטיפול המבוקש.

### **מה לעשות במקרה של תביעה או קבלת מידע נוסף?**

**יש לפנות למוקד הטלפוני:**

1-700-720-012 או במייל: [Mailh@ayalon-ins.co.il](mailto:Mailh@ayalon-ins.co.il).

**ימים ושעות פעילות:** ימים א' עד ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון באתר החברה.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול/טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר למייל [mail-briutms@ayalon-ins.co.il](mailto:mail-briutms@ayalon-ins.co.il). לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר למייל [tviot\\_briut@ayalon-ins.co.il](mailto:tviot_briut@ayalon-ins.co.il).
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1-700-071-009 או למייל [Mailh@ayalon-ins.co.il](mailto:Mailh@ayalon-ins.co.il).

## גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

תנאים	סעיף
<b>פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי מדינה - מועדון טוב ובני משפחותיהם</b>	<b>שם הביטוח</b>
<p>השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה, אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית, ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ או ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון, שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, שירותים רפואיים אמבולטוריים, ביטוח פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות, תאונות אישיות, פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא.</p>	<b>סוג הביטוח</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>רובד בסיס</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל - פרק ד</li> <li>• ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח - פרק ה</li> <li>• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ו</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד הרחבה לבסיס</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה - פרק ז</li> <li>• אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית - פרק ח</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד רשות ראשון</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ₪ - פרק ט 1</li> <li>• ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון" - פרק ט 2</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>הרחבה לרובד רשות ראשון</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח - פרק י</li> <li>• ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות - פרק יא</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד רשות שני</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• שירותים רפואיים אמבולטוריים - פרק יב</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד רשות שלישי</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ביטוח פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות - פרק יג</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד רשות רביעי</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• תאונות אישיות - פרק יד - <b><u>תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים ב-31.08.2022</u></b></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>רובד רשות חמישי</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא - פרק טו - <b><u>תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים ב-31.08.2022</u></b></li> </ul>	<b>תיאור הביטוח</b>
<p style="text-align: center;"><b>5 שנים</b>. מיום 01.06.2022 ועד ליום 31.05.2027 (חידוש מפוליסה קודמת באילון מתאריך 01.09.2017 עד 31.05.2022) <b>למעט</b> <b>פרקים יד ו-טו, מועד סיום הכיסויים ב-31.08.2022.</b></p>	<b>תקופת הביטוח</b>
<p style="text-align: center;"><b>תנאים כללים - פרק ב</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ד - סעיף 5</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ה - סעיף 5</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ו - סעיף 7</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ז - סעיף 5</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ח - סעיף 7</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ט 1 - סעיף 6</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ט 2 - סעיף 6</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק י - תת סעיף 3.8.2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>פרק יא - סעיף 7</b></p>	<b>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</b>

<p><b>פרק יב - תת סעיף 5.5.2 , ותת סעיף 10.3</b>  <b>פרק יג - תת סעיף 21 , ותת סעיף 10.3</b>  <b>פרק יד - סעיף 8</b>  <b>פרק טו - סעיף 5</b></p>	
<p><b>פרק ח - סעיפים 1,2,3,4 - 3 חודשים; סעיפים 5,6 – 24 חודשים.</b>  <b>פרק ט1, 2ט - 90 יום. לגבי הריון ולידה: 12 חודשים</b>  <b>פרק יא - סעיפים 2,3,4 - 6 חודשים</b>  <b>פרק יב - סעיפים 3,4,5,6,9,10 - 6 חודשים; סעיף 7 - 9 חודשים; סעיף 8 - 12 חודשים.</b>  <b>פרק יג - 3 חודשים.</b></p>	<p><b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (אכשרה)<sup>1</sup></b></p>
<p><b>פרק יד - סעיף 5 - 60 ימי המתנה.</b>  <b>פרק טו - סעיפים 2.5, 2.6, 2.7, 2.10 - 60 ימי המתנה.</b></p>	<p><b>אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)<sup>2</sup></b></p>
<p><b>פרק ה - ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח</b>  <b>סעיף 3.2.9 - 20% השתתפות עצמית.</b></p> <p><b>פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>  השתתפות עצמית 265 ש"ח בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.  <b>סעיפים 4,5,6 - 20% השתתפות עצמית.</b></p> <p><b>פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה</b>  20% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתית</b>  <b>סעיפים 1,2,3,4 - 20% השתתפות עצמית.</b></p> <p><b>פרק ט1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן</b>  3,000 ש"ח השתתפות עצמית בניתוחים שבוצעו ללא מעורבות שב"ן.</p> <p><b>פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח</b>  סעיפים 3.1, 3.3, 3.5, 3.6, 3.7, 3.9 – 20% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות</b>  <b>סעיפים 3,4 - 20% השתתפות עצמית.</b></p> <p><b>פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>  20% השתתפות עצמית.</p> <p><b>פרק יד - תאונות אישיות</b>  <b>סעיף 6 - 20% השתתפות עצמית.</b></p>	<p><b>השתתפות עצמית</b></p>
<p>רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.</p>	<p><b>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</b></p>

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

<sup>2</sup>**תקופת המתנה** - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או שיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

**עלות הביטוח (פרמיות) דמי הביטוח החודשיים בש"ח (צמודים למדד הבסיס\*) יהיו כדלקמן:**

<b>גיל המבוטח</b>	<b>רובד חובה בסיס (פרקים ד-ח*)</b>	<b>רובד רשות ראשון אופציה ראשונה: ניתוחים ומחליפי ניתוח שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (1), י, יא)</b>	<b>רובד רשות ראשון אופציה שניה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (2), י, יא)</b>	<b>רובד רשות שני - שירותים אמבולטוריים (פרק יב)</b>	<b>רובד רשות שלישי - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק יג) מחיר עבור מנת ביטוח 50,000 ₪</b>
ילד עד גיל 20	13.4	9.7	14.0	11.4	2.9

**חברים בגילים:**

21 - 30 בן/בת זוג*:	24.7 27.2	26.0	30.0	27.4	7.8
40 - 31 בן/בת זוג*:	24.7 27.2	26.0	38.5	27.4	7.8
50 - 41 בן/בת זוג*:	24.7 27.2	58.0	60.5	27.4	23.0
55 - 51 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	90.5	27.4	61.5
60 - 56 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	118.5	27.4	96.0
65 - 61 בן/בת זוג*:	31.0 34.1	82.0	143.0	27.4	123.0
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	31.0 34.1	130.1	189.0	27.4	155 הכיסוי יסתיים גיל 70

\* פרמיה עבור בן/בת זוג: תוספת 10%.

<b>גיל המבוטח</b>	<b>רובד רשות רביעי - תאונות אישיות (פרקים י"ד) (תוקף הביטוח עד ה-31.8.2022) ט"ו (תוקף הביטוח עד ה-31.8.2022) מלא (פרק</b>	<b>רובד רשות חמישי - ביטוח פיצוי שבועי עקב אי כושר מלא (פרק ט"ו) (תוקף הביטוח עד ה-31.8.2022)</b>
ילד עד גיל 20	17.7	13.7
חברים בגילים 21-30	24.9	57.2
חברים בגילים 31-40	24.9	57.2
חברים בגילים 41-50	24.9	67.6
חברים בגילים 51-55	28.1	129.7
חברים בגילים 56-60	28.1	129.7
חברים בגילים 61-65	28.1	129.7
חברים מגיל 66 ואילך	40.5	-----

**מדד הבסיס\*** 12971 שפורסם ב-15.05.2022

**מבנה הפרמיה** פרמיה משתנה לפי הטבלה לעיל.

## תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>רובד בסיס</b>		
<b>פרק ד - השתלות בחו"ל וניתוחים / טיפולים מיוחדים בחו"ל</b>		
<b>השתלות בארץ ובחו"ל</b> <u>סעיף 3.1.1.2</u>	שיפוי כללי מרבי להשתלה	בוצעה השתלה עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
<b>טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל</b> <u>סעיף 3.2</u>	שיפוי כללי מרבי לטיפול מיוחד בחו"ל	בוצע טיפול מיוחד בחו"ל עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא. בוצע טיפול מיוחד בחו"ל עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,275,350 ₪ לכל מקרה ביטוח.
<b>הוצאות רפואיות נלוות</b> <u>סעיפים 3.1.1.3 א עד י"ז</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין השגה ושימור של איבר להשתלה.</li> <li>• שיפוי בגין בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול ובדיקות רפואיות במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת לצורך השתלה או טיפול מיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוז ושהותו בבית החולים 180 יום לפני מועד ההשתלה / טיפול מיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה / טיפול מיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים ומלווה.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטסת רופא מלווה לחו"ל מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, והוצאות מגורים וכלכלה סבירות בארץ הטיפול. על פי המלצה של הרופא המטפל במבוטח בישראל.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת הלוך-חזור לחו"ל כולל ליווי רפואי וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות למבוטח ומלווה.</li> </ul>	עד 212,560 ₪  עד 318,840 ₪



הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה או עד 1,500 ₪ במקרה של מבוטח קטין. עד 150,000 ₪.	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע השתלה / טיפול מיוחד.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות המשך טיפולים בארץ הנובעים מביצוע השתלה / טיפול מיוחד שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד.</li> </ul>	<b>הוצאות רפואיות נלוות (המשך)</b> <b>סעיפים 2.2.1 עד 2.2.9</b>
עד 200,000 ₪	תשלום פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבוטח עבור אחד או יותר מההוצאות המפורטות בסעיפים 3.1.1.3 א עד י"ז.	<b>פיצוי במקרה של ביצוע השתלה ללא השתתפות המבוטח</b> <b>סעיף 3.1.1.3.19</b>
עד 371,980 ₪	פיצוי בגין השתלת איברים למעט השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.	<b>פיצוי במקרה של השתלה לפי הוראת פוליסה לביטוח מחלות קשות</b> <b>סעיף 3.1.2</b>
עד 350,000 ₪.	שיפוי למבוטח אשר עבר השתלה בארץ או בחו"ל, למעט השתלת מח עצם.	<b>גמלת החלמה לאחר השתלה</b> <b>סעיף 3.3</b>
עד 5,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים.	שיפוי למבוטח אשר מועמד לביצוע השתלה ובהתאם לחו"ד של רופא תעסוקתי אינו מסוגר לעבוד באופן מלא בכל עבודה שהיא ובתנאי כי המבוטח המציא אישור כי הוא רשום במרכז הלאומי להשתלות בישראל.	<b>גמלה חודשית למועמד להשתלה</b> <b>סעיף 3.3.1.3</b>
עד 4,000 ₪ עד למועד ההשתלה ולא יותר מ 12 חודשים	שיפוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח מעל גיל 21.	<b>גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד</b> <b>סעיף 3.3.2</b>
עד 3,500 ₪ לחודש ועד לתקופה של 6 חודשים.  עד 1,750 ₪ לחודש ועד לתקופה של 6 חודשים	שיפוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח עד גיל 21.	<b>גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד</b> <b>סעיף 3.3.2</b>
<b>בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבוטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</b> <b>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה;</b> <b>ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</b>		

הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<b>פרק ה - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b>		
<p>בוצע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא.</p> <p>בוצע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,275,350 ₪.</p> <p>עד 100,000 ₪</p> <p>עד 1,500 ₪ להתייעצות</p> <p>עד 4,000 ₪ להתייעצות אחת בלבד.</p> <p>עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה עד 1,500 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים ועד 30 ימים.</p> <p>80% מההוצאה ועד 250 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים שבוצעו בישראל במהלך 90 ימים מהניתוח.</p>	<p><b>ניתוחים/ טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ושירותים נלווים רפואיים ישירות לניתוח.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי בגין הוצאות טיסה עבור ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים למבוטח ומלווה.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל כולל ליווי רופא וציוד רפואי.</li> <li>• שיפוי בגין שירותי העברה באמבולנס לבית החולים ובין בתי חולים בחו"ל.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות 2 התייעצויות עם מומחה בחו"ל, שאינו מבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות חו"ד נוספת עם רופא בחו"ל שאינו מבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ומלווה.</li> <li>• שיפוי בגין טיפולי שיקום הנדרשים עקב ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח.</li> </ul>	<p><b>ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</b> סעיף 3.2</p> <p><b>הוצאות רפואיות נלוות</b> סעיפים 3.2.9 – 3.2.2</p>
<p>80% מההוצאה ועד 750 ₪ ליום החלמה ועד 14 ימים</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי בגין הוצאות החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח במוסד החלמה מוכר, <b>ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום.</b></li> </ul>	
<b>פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>		
<p>עד 4,251,200 ₪ לסך כל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח.</p> <p>עד 1,000,000 ₪ לכל מקרי הביטוח בתקופת ביטוח.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה.</li> <li>• כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות.</li> <li>• תרופה המוגדרת כ- off label</li> <li>• תרופת יתום</li> <li>• תרופה מיוחדת ותרופה בהתאמה אישית.</li> </ul>	<p><b>תרופות שאינן בסל הבריאות</b> סעיף 3.1</p>
<p>80% מההוצאה ועד 400 ₪ לחודש ועד לתקופה מרבית של 36 חודשים</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות לזויטמינים ו/או תוספי מזון הניתנים למבוטח בשילוב עם טיפול תרופתי למחלת הסרטן.</p>	<p><b>זויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן</b> סעיף 4</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול בקנאביס רפואי סעיף 5	שיפוי בגין הוצאות קנאביס רפואי לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח - ובכפוף לרישיון שהונפק ע"י היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות או ע"י רופא שהוסמך לכך ע"י משרד הבריאות.	80% מההוצאה ועד 400 ₪ לחודש ועד לתקופה מרבית של 36 חודשים.
בדיקות גנטיות סעיף 6	שיפוי בגין הוצאות בבדיקה מולקולרית לצורך אבחון הפרופיל הגנטי של הגידול הסרטני, עפ"י הפנייה של רופא אונקולוג.	80% מההוצאה ועד 60,000 ₪.
<b>הרחבה לרובד הבסיס</b>		
<b>פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה</b>		
הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה סעיף 4	שיפוי בגין הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלות או אירועים רפואיים מתוך רשימה המפורטת בפרק זה בסעיף 3 שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.	80% מההוצאה בפועל ועד 53,140 ₪.
<b>פרק ח - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות</b>		
שירותי אבחון מהיר סעיף 1	<b>שירותי אבחון מהיר ע"י ספק הסכס. ע"פ המפורט בפרק זה בתנאי הפוליסה.</b> • תהליך אבחון בסיסי - ראשוני תוך 3 ימי עבודה. • תהליך אבחון מקיף - תוך 7 ימי עבודה.	170 ₪ השתתפות עצמית. 480 ₪ השתתפות עצמית.
שירותי רופא מלווה סעיף 2	שיפוי בגין הוצאות שירות ייעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה בתקופת הביטוח.	80% מההוצאה ועד 2,657 ₪ פעם אחת בתקופת ביטוח
חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי סעיף 3	שיפוי בגין הוצאות יעוץ ע"י רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח בעת שהותו של המבוטח באשפוז בבית חולים ציבורי, ובלבד שהרופא אינו מנחה עם צוות הרופאים בבית החולים בו שוהה המבוטח.	80% מההוצאה ועד 2,657 ₪ פעם אחת בתקופת ביטוח.
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל סעיף 4	שיפוי בגין הוצאות התייעצות וחוות דעת רפואית נוספת עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל במהלך תקופת הביטוח. שיפוי בגין הוצאות טיסה ושהייה במקרה ובו המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת.	80% מההוצאה ועד 7,652 ₪ להתייעצות אחת בתקופת הביטוח. עד 850 ₪ ליום ועד 7 ימים.
בדיקות סקר ורפואה מונעת מעל גיל 40 סעיף 5	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות סקר מנהלים כגון: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ומעבדה, תפקודי ריאות תפקודי כליות וכבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב, א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת PSA, ובדיקת צפיפות העצם.	זכאות אחת ל-2 שנות ביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית של 300 ₪ לכל בדיקה.
בדיקות סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים סעיף 6	שיפוי בגין הוצאות לבדיקת סקר סרטן ובדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים.	זכאות של בדיקה אחת בתקופת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 300 ₪ לבדיקה.

הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
פרק ט 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית מרבית של 3,000 ₪		
<p>כיסוי לאחר מיצוי זכאות עם השב"ן.</p> <p>במקרה של ספק שאינו בהסדר ו/או בחר המבוטח לא לפנות לשב"ן - ינתן שיפוי בניכוי השתתפות עצמית של 20% מהסכום הקובע אצל המבטח ועד תקרה של 3,000 ₪.</p> <p>עד 1,500 ₪ ליעוץ ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.</p>	<p><b>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח,</li> <li>הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/מחליף ניתוח</li> <li>הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/מחליף ניתוח והאשפוז.</li> <li>שתלים.</li> <li>תרופות במהלך אשפוז</li> <li>3 התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/מחליף ניתוח</li> </ul>	<p>ניתוח או מחליף ניתוח בארץ משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 20% ועד 3,000 ₪ סעיף 3</p>
לתשומת ליבך, למימוש כיסוי בגין ניתוח, עלייך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.		
פרק ט 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול מה"שקל הראשון" (אחידה)		
<p>בעת ביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם ספק שבהסכם – ינתן שיפוי מלא.</p> <p>בעת ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם ספק שאינו בהסכם - ינתן שיפוי עד תקרת ספק שירות שבהסכם, כפי המפורסם באתר האינטרנט של המבטח.</p> <p>עד 1,500 ₪ ליעוץ ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.</p>	<p><b>מקרה ביטוח - ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח,</li> <li>הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/מחליף ניתוח</li> <li>הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/מחליף ניתוח והאשפוז.</li> <li>שתלים.</li> <li>תרופות במהלך אשפוז</li> <li>3 התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/מחליף ניתוח</li> </ul>	<p>ניתוח או מחליף ניתוח בארץ סעיף 4</p>
לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.		
פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח		
<p>80% מההוצאה ועד 350 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות שירותי אחות פרטית בעת שהות המבוטח בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח.</p>	<p><b>שכר אחות פרטית בבית חולים לאחר ניתוח</b> סעיף 3.1</p>
<p>עד 350 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוזו בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח. יובהר כי לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז המבוטח בבית חולים שיקומי.</p>	<p><b>טיפול שיקומי בעת אשפוז</b> סעיף 3.2</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
סיוע לבני משפחה במקרה של אשפוז מבוטח בבית חולים לצורך ביצוע ניתוח סעיף 3.3	שיפוי בגין הוצאות שהייה של כלל בני המשפחה מדרגה ראשונה למבוטח (עד גיל 67) המאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 4 ימים, המרוחק מביתו מעל 40 ק"מ לצורך ביצוע ניתוח. <b>מובהר כי מבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או במוסד החלמה.</b>	80% מההוצאה ועד 420 ₪ ליום החל מהיום החמישי לאשפוז ועד 14 ימים לכל תקופת האשפוז.
עלות שירותי הסעה באמבולנס והיסט רפואי סעיף 3.4	שיפוי בגין הוצאות שירותי הסעה באמבולנס והיסט רפואי לבית החולים ובין בתי חולים לצורך ביצוע ניתוח. <b>יובהר כי סעיף זה לא יכסה עלות העברת המבוטח הנמצא בחו"ל לישראל.</b>	על פי התעריף הרשמי הנהוג במגן דוד אדום.
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בית החלמה מוכר סעיף 3.5	שיפוי בגין הוצאות החלמה ו/או שיקום למבוטח שעבר ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד שדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב וכתוצאה מכך היה מאושפז בבית חולים לתקופה מעל 4 ימים רצופים. <b>ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי.</b>	80% מההוצאה ועד 797 ₪ ליום ועד 14 ימי אשפוז.
טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום לאחר ניתוח סעיף 3.6	שיפוי בגין הוצאות טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח. <b>הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	80% מההוצאה ועד 249 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
התעמלות שיקומית לאחר ניתוח סעיף 3.7	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.	80% מההוצאה ועד 215 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.
אביזרים רפואיים לאחר ניתוח סעיף 3.8	שיפוי בגין הוצאות רכישת אביזרים רפואיים למבוטח שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח ונדרשים עקב הניתוח. <b>יובהר כי רכישת האביזר מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	עד 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח.
שירות למבוטח המרותק לביתו לאחר ביצוע ניתוח סעיף 3.9	שיפוי בגין הוצאות למבוטח (שטרם מלאו לו 67) אשר שוחרר מאשפוז מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח ומרותק לביתו, לשירותים המפורטים במהלך 90 ימים ממועד שחרורו מבית החולים. • שירותי אחות פרטית בבית המבוטח לצורך טיפול בפצעים, הוצאת תפרים, ניטור מדדים, החלפת עירוי, הכנסה או הוצאת קטטר, זונדה, שטיפת צנתרים; • שירות רופא בבית לבדיקה וביקורת תקופתית בבית המבוטח; • שירות טיפול וסיוע תפקודי ע"י מטפלת שאינו בן משפחה למבוטח שטרם מלאו לו 67 ומרותק לביתו לתקופה העולה על 30 ימים ממועד שחרורו מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח.	80% מההוצאה ועד 5,000 ₪ ועד סכום התקרה לכל סעיף.  עד 250 ₪ לכל ביקור  עד 350 ₪ לכל ביקור  עד 180 ₪ ליום
פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה סעיף 3.10	פיצוי למבוטח שגילו נמוך מ-65 שנים ואושפז בבית חולים לתקופה רציפה מעל 4 ימים.	260 ₪ ליום אשפוז, החל מהיום החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז, הזכאות לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בשנת ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>הרחבה לרובד רשות ראשון</b>		
<b>פרק יא - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות</b>		
<b>ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות</b> <u>סעיף 2.2</u>	ביצוע ניתוח או מחליף ניתוח בישראל באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות והוצאות נלוות.	בוצע ניתוח /טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות עם נותן שירות שבהסכם – שיפוי מלא. בוצע ניתוח /טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות עם נותן שירות שאינו בהסכם – שיפוי עד הסכום הרשום באתר המבטח ועד 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
<b>טיפולים לריפוי או הקלה בכאב</b> <u>סעיף 3</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול לריפוי או הקלה בכאב וטיפולים בסימפטומים של מחלה או פגיעה.	80% מההוצאה ועד 20,000 ₪ עבור טיפול או סדרת טיפולים בכל תקופת הביטוח.
<b>טיפולים בתא לחץ</b> <u>סעיף 4</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפולים בתא חמצן בעל לחץ גבוה. <b>על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	80% מההוצאה ועד 350 ₪ לטיפול ועד 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח.
<b>טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה</b> <u>סעיף 5</u>	שיפוי בגין הוצאות ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול למטרות קוסמטיות עקב תאונה.	בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא בוצע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד תקרת הסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח או טיפול. בהעדר התייחסות באתר יינתן שיפוי מלא.
<b>רובד רשות שני</b>		
<b>פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>		
<b>התייעצות עם רופא מומחה</b> <u>סעיף 3</u>	התייעצות עם רופא מומחה – עד 4 התייעצויות בשנת ביטוח. וכן ייעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים), <b>יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל בשגרה.</b>	80% מההוצאה ועד תקרה של 850 ₪ להתייעצות.
<b>בדיקות אבחוניות</b> <u>סעיף 4.1</u>	שיפוי בגין בדיקות אבחוניות או פתולוגיות, <b>אשר בוצעו על סמך רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	80% מההוצאה ועד 12,000 ₪ לכל בדיקה, יובהר כי עלות המבטח לא תפחת מ-250 ₪ לכל בדיקה.
<b>חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית</b> <u>סעיף 4.2</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות עם רופא מומחה או פרמקולוג או גניטקאי או רדיולוג לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית לצורך פיענוח הבדיקה.	80% מההוצאה ועד תקרה של 850 ₪ להתייעצות.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>התייעצות עם רופא שיקומי</b> <u>סעיף 5.1</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות עם רופא שיקומי לצורך קביעת תוכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול.	80% מההוצאה ועד תקרה של 850 ₪ להתייעצות אחת בכל תקופת הביטוח.
<b>שיקום דיבור וראיה</b> <u>סעיף 5.2</u>	שיפוי בגין הוצאות שיקום הדיבור ו/או הראייה עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה.	80% מההוצאה ועד 191 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בתקופת הביטוח.
<b>התעמלות שיקומית</b> <u>סעיף 5.3</u>	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, <b>על פי הוראת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	80% מההוצאה ועד 266 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, זכאות פעם אחת בתקופת הביטוח.
<b>טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום</b> <u>סעיף 5.4</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים לשיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי, <b>הטיפול ינתן ע"י רופא שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b>	80% מההוצאה ועד 215 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בשנת ביטוח.
<b>אביזרים רפואיים</b> <u>סעיף 5.5</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין הוצאות רכישת אביזרים רפואיים, <b>יובהר כי רכישת האביזר מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.</b></li> <li>רכישת מדרסים זכאות אחת לשנתיים.</li> </ul>	80% מההוצאה ועד 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח. עד 425 ₪ בכל פעם.
<b>מנוי למשדר קרדילוגי</b> <u>סעיף 6</u>	שיפוי בגין הוצאות דמי מנוי לשירותי משדר קרדילוגי למבוטח הסובל מחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך 3 חודשים טרם רכש את המנוי, אובחן לצורך בניית לב או השתלת לב, או מבוטח הסובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו <b>על פי חוות דעת של רופא מומחה.</b>	80% מההוצאה ועד 191 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
<b>בדיקות לנשים בהריון</b> <u>סעיף 7.1</u>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות לנשים בהריון שבוצעו במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות הריון או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העבר.	80% מההוצאה ועד 4,251 ₪ לכל הריון, במקרה של הריון מרובה עוברים עד 6,377 ₪ לכל הריון.
<b>בדיקות גנטיות טרום הריון</b> <u>סעיף 7.2</u>	שיפוי בגין הוצאות בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו לשלילת מומים מולדים, <b>הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטח/ת אינו/ה זכא/ת לה במסגרת סל הבריאות.</b>	80% מההוצאה ועד 1,329 ₪ למבוטח פעם אחת בתקופת הביטוח.
<b>טיפול פוריות והפריה חוץ גופית</b> <u>סעיף 7.3</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין הוצאות טיפולי פוריות או הפריה, שבוצעו במבוטחת שטרם מלאו לה 48 שנים עקב אי היכולת להרות.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות שמירה והקפאת ביציות, <b>יובהר כי לא ינתן כיסוי לשאיבת ביציות ו/או להקפאת ביציות לצורך מטרת סוציאליות לרבות תכנון משפחה עתידי.</b></li> <li>שיפוי בגין הוצאות טיפולי פריון בגבר לרבות טיפול כירורגי הוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והחזרתם. <b>יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת עבור הולדת הילד הראשון ו/או השני ו/או השלישי בלבד.</b></li> </ul>	80% מההוצאה ועד 21,256 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות בתקופת הביטוח, עבור השגת 2 הריונות שהסתיימו בלידה תקינה. 80% מההוצאה ועד 4,000 ₪.
		80% מההוצאה ועד 21,256 ₪.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>ניתוח לצורך פריין והפרייה</b> סעיף 7.4	שיפוי בגין הוצאות ניתוח לצורך פריין והפרייה.	שיפוי מלא.
<b>מעקב הריון</b> סעיף 7.5	שיפוי בגין הוצאות ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון ועד 3 ביקורים במהלך הריון.	80% מההוצאה ועד 425 ₪ לביקור.
<b>שמירת הריון באשפוז</b> סעיף 7.6	פיצוי למבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים.	106 ₪ ליום אשפוז החל מיום האשפוז ה-14 בכל מקרה ועד לתקרה מרבית של 5,314 ₪ לכל הריון.
<b>אם פונדקאית</b> סעיף 7.7	זכאות על פי סעיף 7 רבתי בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות תחול גם לגבי אם פונדקאית.	
<b>פיצוי בגין היעדרות מלימודים</b> סעיף 8.1	פיצוי למבוטח ילד שנעדר מלימודיו (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה.	215 ₪ ליום החל מהיום ה-21 להיעדרות ועד 360 ימים.
<b>בעיות הרטבה לילדים</b> סעיף 8.2	שיפוי בגין הוצאות 2 טיפולים למניעת הרטבה לילדים מעל גיל 5.	80% מההוצאה ועד 744 ₪ לטיפול.
<b>אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקוי למידה</b> סעיף 8.3	שיפוי בגין הוצאות אבחון לילד מבטח שגילו עד 18 שאובחן ע"י רופא מומחה שהליקוי בתחום מומחיותו או רופא ילדים או מכון אבחון מוכר או מאבחן המתמחה באבחון פסיכו/דידקטי או אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות מסוג BRC, TOVA.	80% מההוצאה ועד 1,913 ₪ זכאות פעם אחת לכל תקופת הביטוח.
<b>טיפול בבעיות התפתחות בילדים</b> סעיף 8.4	שיפוי בגין הוצאות טיפולים בהתפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18 ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד או רופא ילדים או ע"י מכון מוכר והומלצו טיפול ע"י פזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.	80% מההוצאה ועד תקרה של 159 ₪ לטיפול, ועד 20 טיפולים בתקופת הביטוח.
<b>ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי</b> סעיף 9.1	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ/ טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי.	80% מההוצאה ועד 255 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח.
<b>ייעוץ פסיכיאטרי</b> סעיף 9.2	שיפוי בגין הוצאות ייעוץ/ טיפול פסיכיאטרי הניתן למבוטח ע"י רופא פסיכיאטר.	80% מההוצאה ועד 680 ₪ לפגישה, ועד 4 פגישות בשנת ביטוח.
<b>רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי</b> סעיף 10	שיפוי בגין טיפול או התייעצות ברפואה משלימה למבוטח ע"פ פירוט טיפולים בסעיף 10 בפרק זה.	80% מההוצאה ועד 128 ₪ לטיפול או התייעצות, ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח. עבור טיפול או ייעוץ ראשוני להומיאופתיה עד 255 ₪.



שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
<b>רובד רשות שלישי</b>		
<b>פרק יג - גילוי מחלות קשות</b>		
פיצוי בעת גילוי מחלה קשה סעיף 3	פיצוי בעת גילוי אחת מ-34 המחלות ו/או אירועים חמורים המפורטים בפרק זה בתנאי הפוליסה.	בקרות מקרה ביטוח ראשון - סך פיצוי 50,000 ₪. בקרות מקרה ביטוח שני - סך הפיצוי 50% מסכום הביטוח המרבי, עבור צנתור טיפולי ומחלת הסרטן - השתתפות עצמית של 20% מסכום הביטוח המרבי. ניתן להגדיל את סכום הפיצוי לסכום ביטוח נוסף בסך 50,000 ₪ או סכום ביטוח נוסף בסך 100,000 ₪.
<b>רובד רשות רביעי</b>		
<b>פרק יד - תאונות אישיות - תוקף ביטוח עפ"י פרק זה יסתיים ב-31.08.2022</b>		
ביטוח נכות או פטירה כתוצאה מתאונה סעיף 2	פיצוי בעת פטירת המבוטח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח או נכותו הצמידה (100% נכות) של מבוטח עקב תאונה במהלך תקופת הביטוח. <b>ובתנאי שהנכות לרבות החמרתה גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח.</b>	עד גיל 50 - 159,420 ₪ גיל 51-60 - 79,710 ₪ גיל 61-65 - 53,140 ₪ מעל גיל 66 - 26,570 ₪ אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור 75% או יותר סכום הפיצוי יהיה לפי סעיף 6.1.1.
ביטוח שבר כתוצאה מתאונה סעיף 3	שבר הנגרם כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, ואובחן בתוך 3 חודשים מיום שקרתה. (להלן "שבר תאונתי"). עפ"י טבלת האברים והאחוזים המפורטת בפוליסה.	שיעור הפיצוי יחושב מתוך סכום של 10,628 ₪.
אירוע כווייה כתוצאה מתאונה סעיף 4	כווייה הנגרמת כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, תוך 3 חודשים מיום שקרתה. (להלן "כווייה תאונתית"). עפ"י טבלת האברים המפורטת בפוליסה.	שיעור הפיצוי יחושב מתוך סכום של ועד 10,628 ₪.
פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה תאונה סעיף 5	מצבו הסיעודי של המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. 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.	פיצוי שבועי בסך 638 ₪ לאחר 60 ימי המתנה אך לא יותר מתקופה מצטברת של 104 שבועות.
הוצאות רפואיות עקב תאונה סעיף 6	טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח: פינני רפואי ממקום התאונה, בדיקות אבחון, ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, אביזרים רפואיים, ו/או כל טיפול רפואי אחר <b>על פי הוראת רופא מומחה</b> , וכן הוצאות הנדרשות לנסיעה לצורך קבלת הטיפולים בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.	80% מהוצאותיו ועד לסכום של 5,314 ₪ לכל מקרה ביטוח בגין שירותים רפואיים ושירותי שיקום. 80% מהוצאותיו ועד לסכום של 21,256 ₪ בגין שירותי ניתוח ואשפוז לרבות ניתוחים קוסמיים עקב תאונה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שנ ניתן לתבוע
<b>פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה</b> <u>סעיף 7</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח שאושפז בבית חולים עקב תאונה לתקופה רציפה העולה על 4 ימים.</li> <li>מבוטח שאושפז בבית חולים עקב תאונה זכאי להשתתפות בהוצאות עבור שירותי אחות פרטית או השגחה, סיוע וטיפול סיעודי.</li> </ul>	פיצוי בסך 215 ₪ ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד לתקופה מרבית של 60 ימים. 80% מההוצאה בפועל עד 510 ₪ ליום החל מהיום שאחרי יום האשפוז ועד לתקופה מרבית של 21 ימי אשפוז רצופים.
<b>רובד רשות חמישי</b>		
<b>פרק טו - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא - תוקף ביטוח עפ"י פרק זה יסתיים ב-31.08.2022</b>		
<b>פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה</b> <u>סעיף 2.4</u>	פיצוי שבועי עקב אי כושר עבודה מלא שנגרם למבוטח כתוצאה מתאונה במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי תקופת הפיצוי למבוטח בגין אי כושר מלא תסתיים במועד בו הסתיימה תרופת אי כושר מלא או בהגיע המבוטח לגיל 67, המוקדם מביניהם.	פיצוי למבוטח שטרם הגיע לגיל 67 שנים - סך 638 ₪ לשבוע, ועד תקופה מרבית של 24 חודשים, לאחר 60 ימי המתנה רצופים. לאחר 24 חודשים תיבחן זכאותו של המבוטח מחדש ואם יתברר שהינו מרותק לביתו יהא זכאי לתקופת פיצוי נוספת של 36 חודשים.
<b>מענק החמרה</b> <u>סעיף 2.5</u>	פיצוי נוסף למבוטח שטרם מלאו לו 67 ואשר הוכר ע"י המבטח כבעל אי כושר מלא או מרותק לביתו לתקופה רציפה העולה על תקופת ההמתנה, כתוצאה ממחלה או אירוע רפואי המנוי ברשימת המחלות בפרק ו' - הוצאות רפואיות מיוחדות.	פיצוי נוסף עבור תקופת ההמתנה של 60 ימים שחלפה.
<b>אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי הריון או לידה</b> <u>סעיף 2.6</u>	פיצוי למבוטחת שהוגדרה כבעלת אי כושר מלא כתוצאה מסיבוכי הריון, הזכאות לפיצוי כל עוד היא מצויה באי כושר מלא ועד מועד הלידה.	638 ₪ לשבוע, לאחר 60 ימי המתנה רצופים.
<b>אי כושר עבודה למבוטח שאינו מועסק</b> <u>סעיף 2.7</u>	מבוטח שטרם מלאו לו 67 ושבמועד קרות מקרה הביטוח לא היה מועסק (לרבות שעיסוקו בניהול משק ביתו שלו) אם נקבע שהינו מרותק לביתו.	638 ₪ לשבוע, לאחר 60 ימי המתנה רצופים.
<b>ביטוח עבור מבוטח שהינו תלמיד או סטודנט</b> <u>סעיף 2.10</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>מבוטח שטרם התגייס לצה"ל או שירות לאומי זכאי לפיצוי בגין היעדרות מלימודים כתוצאה מתאונה או מחלה. יובהר כי מבוטח שטרם מלאו לו 3 שנים לא יהיה זכאי לפיצוי על פי סעיף זה.</li> <li>מבוטח שטרם מלאו לו 27 שנים הלומד במוסד להשכלה גבוהה אשר נעדר מלימודיו כתוצאה מתאונה או מחלה במשך תקופה העולה על 60 ימים עקב מצבו הרפואי יהיה זכאי להחזר עבור שכר הלימוד ששולם למוסד.</li> </ul>	פיצוי בסך 638 ₪ לשבוע ועד תקופה מרבית של 260 שבועות, לאחר 60 ימי המתנה רצופים. עד תקרה של 12,754 ₪.
<b>הכשרה מקצועית</b> <u>סעיף 3</u>	מבוטח אשר גילו נמוך מ-67 והוגדר כבעל אי כושר מלא או כמרותק לביתו לתקופה העולה על 6 חודשים זכאי להשתתפות בגין הכוונה מקצועית ועלות להכשרה מקצועית מתאימה.	עד לסכום השווה ל-10 תשלומי פיצוי שבועי.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות שיקומיות ע"פ 4	פיצוי למבוטח שהוגדר בעל אי כושר מלא או כמרותק לביתו וזכאי להשתתפות בגין טיפולים משקמים במהלך 12 חודשים מהמועד בו הוכר כבעל אי כושר מלא.	80% מההוצאה ועד לסכום השווה ל-6 תשלומי פיצוי שבועי.

**כל האמור לעיל כפוף לתנאי ההסכם והפוליסה המלאים וחריגיה החתומים אצל בעל הפוליסה. טל"ח.**

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפוף לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות /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

**בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:**

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או חומר לשימוש פנימי או חיצוני אשר מיועד במישרין אך ורק ל: אבחון, ניטור, הקלה, או טיפול במצבו הרפואי של המבוטח, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי, לרבות פיאה נוכרית לחולה אונקולוגי.
- 1.2 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.3 **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.
- 1.4 **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.
- 1.5 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדיריתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבטח 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 מתן טיפול רפואי בהתאמה אישית, ובכלל זה בדיקות גנטיות, אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצען בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה מניעת הישנות המחלה או החמרתה שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו').
- יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר מנהלים, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**
- 1.6 **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).
- 1.7 **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.
- 1.8. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.
- 1.9. **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח בעת הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.10. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידועה/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.11. **בעל הפוליסה:** החברה למפעלי כלכלה ותרבות של עובדי המדינה בע"מ (מועדון טוב).
- 1.12. **גיל המבוטח:** ההפרש בין החודש ושנת תאריך מועד החישוב, לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (על-פי הלוח הגרגוריאני).
- 1.13. **גמלאי:** גמלאי שירות המדינה.
- 1.14. **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בפוליסת הביטוח.
- 1.15. **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה הכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח
- 1.16. **מבוטח:** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים.
- 1.17. **המבטח או החברה:** איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.18. **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.
- 1.19. **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.20. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם ביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח הקיים שהגיע לסיומו 31.05.2022. למעט פרקי תאונות אישיות וא.כ.ע שיסתיימו ב- 31.08.2022.
- 1.21. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכל נספח וכן כל תוספת לה בהסכמת הצדדים.
- 1.22. **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 וצויינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.23. **ועדת הליסינקי:** ועדה מוסדית או עליונה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם
- 1.24. **חבר:** עמית/חבר אצל בעל הפוליסה.
- 1.25. **חול:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי /או עפ"י חוק.
- 1.26. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
- 1.27. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
- 1.28. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.

- 1.30. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי או סדרת טיפולים המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. לעניין זה טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לניתוח אותו נועד הטיפול להחליף.
- 1.31. **טיפול בכאב:** טיפולים לצורך הקלה בכאב, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, או נוגדי דלקת, הזרקות תוך מפרקית של חומרי סיכה או גורמי ריפוי כדוגמת PRP או אורטוקין, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, טיפולים באמצעות השתלת קוצב או משאבה, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.
- 1.32. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי המבוצע למטרות מחקר או מבוצע באמצעות טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפול רפואי שלצורך ביצועו נדרש אישור של ועדת הלנסיקי עלינוה או כל גורם אחר שבא במקום. לעניין זה: "ועדת הלנסיקי עלינוה" - כהגרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) (התשמ"א 1980).
- 1.33. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.34. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. למרות האמור, שהייה למשך 16 שעות ברציפות במחלקה בבית חולים שאינה חדר מיון, או שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.35. **יעוץ הביטוח:** ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.36. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק ו/או ילדי אומנה.
- 1.37. **ילד בוגר:** ילדו של חבר שמלאו לו 25 שנה.
- 1.38. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.39. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פירות 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.
- 1.40. **מדד בסיס:** מדד 12971 שפורסם ב-15 במאי 2022.
- 1.41. **מוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. יובהר כי במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה החבר אצל בעל הפוליסה. במקרה שבו שני בני הזוג חברים אצל בעל הפוליסה, המוטב תהיה אימו של הקטין אשר חברה אצל בעל הפוליסה.
- 1.42. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי המצוי ברשות המבטח, אירע מקרה הביטוח.
- 1.43. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.

- 1.44. **1.44. מנתח אחר:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.45. **1.45. מנתח שבהסכם:** רופא שהוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, הנמצא בהסכם עם החברה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.46. **1.46. מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת כמעבדה רפואית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
- 1.47. **1.47. מקרה הביטוח:** מערך עובדתי ונסיבתי המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכולל כפי שנקבע 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.
- 1.48. **1.48. נותן שירות שבהסכם:** 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.
- 1.49. **1.49. נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.
- 1.50. **1.50. ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, המבוצעת בכל טכנולוגיה או מכשור המוכרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא מבוצע, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- הגדרה זו אינה חלה על פרקים ט'(1), ט'(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.**
- 1.48. **1.48. סייג בשל מצב רפואי קודם:** 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.
- 1.49. **1.49. סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.50. **1.50. עובד/ת:** עובד בשירות המדינה.
- 1.51. **1.51. עובד סוציאלי:** מי שרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996.
- 1.52. **1.52. פסיכולוג:** אדם הרשום בפנקס הפסיכולוגים או בעל היתר על פי חוק הפסיכולוגים התשל"ז 1977.
- 1.53. **1.53. 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.
- 1.54. **1.54. צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).

- 1.55. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.56. **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ו, 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.57. **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג, 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.58. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה כהגדרתו בסעיף 1.59, המועסק או שהועסק בדרגת סגן מנהל מחלקה או מנהל מחלקה או יחידה, בבית חולים בישראל או רופא הנושא תואר פרופסור בתחום הרלוונטי.
- 1.59. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.60. **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.
- 1.61. **שב"ן:** תכנית לתתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתית, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח.
- 1.62. **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.
- 1.63. **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. איבר מושתל כהגדרתו בסעיף 1.4 אשר בפרק ד' לא ייחשב לשתל על פי הגדרה זו.
- 1.64. **תאונה:** אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, **למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.**
- 1.65. **תאריך תחילת ההסכם הביטוח:** 01.06.2022.
- 1.66. **תאריך תחילת הביטוח (תאריך הצטרפות):** תאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח הינו התאריך הקבוע בדף פרטי הביטוח. מבלי לפגוע באמור, ייקבע תאריך תחילת הביטוח כדלקמן:
- א. אם צירפו של המבוטח לביטוח מותנה במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח, האחד לחודש העוקב בו המבטח אישר את צירופו של המבוטח לביטוח.



ב. אם צירוף המבוטח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, יהיה מועד תאריך תחילת הביטוח האחד בחודש העוקב בו התקבלה בקשת ההצטרפות במשרדי המבטח.

1.67. **תקרת כיסוי:** 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.

1.68. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, הקבועה בכל פרק מפרקי הפוליסה, ככל שקבועה כזו, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח עבור כל מבוטח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. יובהר כי לא תחול תקופת אכשרה לגבי כל המבוטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם באמצעות בעל הפוליסה. כמו כן לא תחול תקופת אכשרה לגבי כיסוי ביטוח דומים במקרה של מעבר מביטוח פרטי או קבוצתי קודם.

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

1.70. **תקופת הצטרפות:** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי המבוטח להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, וללא צורך במילוי הצהרת בריאות, כמפורט להלן: **לגבי חבר חדש** - תחול תקופת ההצטרפות במועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה. **לגבי בן/ת זוג שנישאה/ לחברה מבוטח** - תחול תקופת ההצטרפות במועד הנישואין או במועד בו הוכרה/ כידוע/ה בציבור של החברה/ה. **לגבי ילד שנולד** - תקופת הצטרפות בת 180 ימים ותחול במועד היוולדו.

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

1.72. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר אשר נועד לטפל במצב רפואי לרבות סימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנגרמו עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתם (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים). מובהר כי מזון או תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב – 2021.**

## פרק ב - חריגים כלליים לכול פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

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 מסוג עוון או פשע.
- 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 לפני מועד תחילת תקופת הביטוח או אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות (5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח עבור ביטוח מחלות ואשפוז, ו-3 שנים לשאר פרקי הביטוח).
- 1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 1.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
- 1.7 סייג בשל מצב רפואי קודם

1.7.1 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 מובלבל 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.

1.7.2 יובהר כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף 4.1 (א) ו (ב), לפי העניין.

1.7.3 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ח'-שירותי אבחון מהיר, רופא מלווה, ובדיקת סקר תקופתית, וכאמור בפרק י"ב- שירותים רפואיים נוספים, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרקים אלה, לפי העניין. אלא אם נקבע במפורש אחרת בתנאי הפוליסה.

1.7.4 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, אם נדרש למלא הצהרת בריאות.

### 1.7.5

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.

## פרק ג - תנאים כלליים חלים על כול רובדי הביטוח

### 1. מהות הביטוח

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.

### 2. מבנה הביטוח:

הביטוח על פי פוליסה זו מורכב מרובדי ביטוח: רובד ביטוח בסיסי, ורובדי ביטוח רשות. מבטוח אשר צורף לרובד ביטוח בסיסי רשאי להצטרף לכל אחד מרובדי הרשות על פי כללי ההצטרפות הקבועים בפוליסה זו.

**מובהר ומוצהר כי בני משפחתו של חבר אצל בעל הפוליסה יהיו זכאים להצטרף אך ורק לאותם רובדי ביטוח של החבר, אלא אם נבצר מהחבר או מי מבני משפחתו להצטרף לרובד מסוים עקב תנאי החיתום הרפואי שקבע המבטח.**

#### 2.1 רובד ביטוח בסיסי

2.1.1 ביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.

2.1.2 ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ה'

2.1.3 ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.

#### הרחבה לרובד הבסיסי

2.1.4 הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ז'.

2.1.5 אבחון מהיר, ליווי רפואי, ובדיקת סקר תקופתית, כאמור בפרק ח'.

#### 2.2 רובד רשות ראשון

2.2.1 אפשרות א' - ביטוח ניתוחים במסלול משלים לשב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור של 20% ועד 3,000 ש"ח, כאמור בפרק ט'(1).

2.2.2 אפשרות ב' - ביטוח ניתוחים במסלול המשקל הראשון, כאמור בפרק ט'(2).

#### הרחבה לרובד רשות הראשון

2.2.3 שירותים נלווים במהלך אשפוז ולאחר ביצוע ניתוח כאמור בפרק י'.

2.2.4 ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, בפרק י"א.

#### 2.3 רובד רשות שני

שירותים רפואיים אמבולטוריים כאמור בפרק י"ב.

#### 2.4 רובד רשות שלישי

ביטוח גילוי מחלות קשות כאמור בפרק י"ג.

#### 2.5 רובד רשות רביעי

ביטוח תאונות אישיות כאמור בפרק י"ד.

**יובהר כי תוקף הכיסוי לפי פרק זה יסתיים ב 31.8.2022.**

#### 2.6 רובד רשות חמישי

ביטוח ימי החלמה כאמור בפרק ט"ו.

**יובהר כי תוקף הכיסוי לפי פרק זה יסתיים ב 31.8.2022.**

**3.1 תנאי הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרבדי הביטוח**

**3.1.1 הצטרפות חברים (עמיתי בעל הפוליסה בלבד) לביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה:**

3.1.1.1 בעל הפוליסה יישא במלוא עלות הביטוח לכיסוי הוצאות רפואיות מיוחדות כמפורט בפרק ז' בפוליסה, עבור חברי בעל הפוליסה (עמיתי בעל הפוליסה בלבד). זכאות החבר לביטוח כאמור מותנית בכך שהחבר נתן הסכמתו ואישר במפורש את הצטרפותו לביטוח כאמור ובכפוף לתנאים שלהלן:

**3.1.1.2 המשכיות הביטוח לחברים שהיו מבוטחים בביטוח**

**להוצאות רפואיות מיוחדות בתקופת הביטוח הקודמת**  
 כל המבוטחים בביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות בתקופת הביטוח הקודמת שהסתיימה בתאריך 31.05.2022, יצורפו לביטוח על פי פרק ז' - הוצאות רפואיות מיוחדות בפוליסה זו, 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. כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה לא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

**3.1.1.3 תנאי הצטרפות לחברים שלא היו מבוטחים בכיסוי**

**להוצאות רפואיות בתקופת הביטוח הקודמת**  
 חברים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות, יהיו זכאים להצטרף לביטוח על פי פרק ז' בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה יחול חריג מצב רפואי קודם.**

**3.1.1.4 תנאי הצטרפות של חברים חדשים לביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות**

חברים חדשים אצל בעל הפוליסה זכאים להצטרף לביטוח על פי פרק ז' תוך 90 ימים ממועד תחילת חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. **על מבוטחים אלה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.**

חברים חדשים שביקשו להצטרף בחלוף 90 ימים ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, יהיו חייבים במילוי טופס הצטרפות. **על מבוטחים אלה יחול חריג בשל מצב רפואי קודם.**

**3.1.2 הצטרפות המבוטחים לכל אחד מרבדי הביטוח**

מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס"ק 3.1.1 שלעיל, הצטרפות מבוטח לרובד הרשות הראשון - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח, ו/או לרובד הרשות השני - שירותים אמבולטוריים, מותנית בהצטרפותו לרובד הביטוח הבסיסי כמפורט בסעיף 2.1 לעיל. מובהר כי הצטרפות לרובד רשות רביעי - תאונות אישיות, ורובד רשות חמישי - פיצוי שבועי במקרה של אי כושר מלא, אינו מותנה בהצטרפות לרובד הבסיסי.

### 3.1.3

#### הצטרפות חברים שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם:

##### 3.1.3.1 הצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח

כל המבוטחים בהסכם הביטוח הקודם (להלן "הביטוח הקודם"), שהסתיים ב-31.05.2022 יצורפו לרובדי הביטוח בהם היו מבוטחים במועד תום הביטוח 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, כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לגבי מבוטחים אלה לא תחול תקופת אכשרה כלשהי.

##### 3.1.3.2

על אף האמור לעיל, מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח תאונות אישיות כאמור בפרק ט' בפוליסה הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים בביטוח זה על פי התנאים הקבועים בפרק י"ד בפוליסה זו. מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא כאמור בפרק י' בפוליסה הקבוצתית הקודמת, ימשיכו להיות מבוטחים בביטוח זה על פי התנאים הקבועים בפרק ט"ו בפוליסה זו.

**מובהר ומוצהר כי תוקף הביטוח לגבי ביטוח תאונות אישיות וביטוח ימי החלמה כאמור בפרקים י"ד וט"ו יסתיים בתאריך 31.8.2022. הכיסוי הביטוחי יחדש בכפוף לאישור אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.**

##### 3.1.3.3

מכסות הטיפולים וסכומי התגמולים הנקובים בכל פרק לפי העניין, יקומו מחדש כאילו צורף המבוטח לביטוח לראשונה, אף אם מכסות הטיפולים ו/או סכומי הביטוח עפ"י כל סעיף או פרק בפוליסה מוצו במלואם או בחלקם במסגרת הביטוח הקבוצתי הקודם.

##### 3.1.3.4

הצטרפות מבוטח לרובדי רשות: ניתוחים בישראל כאמור בפרקים ט(1) או ט(2), פיצוי בגין גילוי מחלה קשה כאמור בפרק י"ג, בהם לא היה מבוטח במסגרת הסדר הביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות. קבלתם או אי קבלתם לביטוח של המועמדים לביטוח תבוצע על פי ההנחיות הקבועות בהסכם שבין בעל הפוליסה למבטח.

### 3.1.4

#### הצטרפות חברים ו/או בנית זוגם ו/או ילדיהם שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם:

##### 3.1.4.1

מבלי לפגוע בזכאותם של החברים לכיסוי הביטוחי כאמור בס"ק 3.1.1 לעיל, חברים אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם הביטוח, ובנית זוגם וילדיהם עד גיל 25, שלא היו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם, יהיו זכאים להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. הצטרפות המועמדים לביטוח תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

##### 3.1.4.2

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חבר ו/או בן זוגו וילדיו וילדי ילדיו אשר במועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים להם היו זכאים במסגרת הביטוח הקודם, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם, ובקשת ההצטרפות הוגשה תוך 90 ימים

ממועד תום תוקף הביטוח הפרטי או הקבוצתי. הצטרפות לכיסויי ביטוח שלא נכללו בביטוח הקודם, תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ואישור המבטח על קבלתם לביטוח. על כיסויי ביטוח אלה יחולו תקופות האכשרה הקבועות בכל פרק, ככל שקבועות כאלה.

### **3.1.5 הצטרפות חברים חדשים**

חברים חדשים שיתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, ובני/ת זוגם וילדיהם עד גיל 25, 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 מבטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

### **3.1.6 הצטרפות בן/בת זוג חדש**

בן/בת זוג אשר ת/ינשא לחבר - מבטח, וילדיו/ה עד גיל 25 שנה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח במהלך 90 ימים ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כבני זוג של החבר המבטח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום לאותם רובדי ביטוח בהם בהם מבטח החבר. על מבטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

### **3.1.7 צירוף תינוק לביטוח / צירוף ילד מאומץ או אומנה:**

3.1.7.1 תינוק של מבטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוך 180 ימים ממועד היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא כל סייג או חריגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד היוולדו. יובהר כי התשלום בגין התינוק עבור רובדי הרשות ישולם למפרע מיום הולדתו.

3.1.7.2 ילד מאומץ של מבטח, או ילד אומנה, שאומץ כחוק במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך תקופת הצטרפות תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח באותם רובדי ביטוח בהם מבטח החבר, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות. על מבטחים אלה יחולו הסייגים בגין מצב רפואי קודם, כמפורט בס' 3 בפרק ב', ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין. הצטרפותם תיכנס לתוקף באחד לחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את הצטרפותם לביטוח.

### **3.1.8 תנאי ההצטרפות של ילדי חברים**

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

3.1.8.2 למרות האמור לעיל, הצטרפות ילדו של מבטח שמלאו לו 25 שנה כרוכה במילוי הצהרת בריאות, אלא אם כן היה מבטח בהסדר הביטוח הקודם. במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בס' 3.1.1 לעיל.

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

3.1.8.4 **יובהר כי בעת הגעת הילד לגיל 25 תתעדכן הפרמיה עפ"י הנקוב בטבלת דמי הביטוח.**

3.1.8.5 חבר מבוטח זכאי לצרף את נכדיו (ילדי הילד הבוגר) ובתנאי שהילד הבוגר ובן/ת זוגו צורפו לביטוח.

**3.1.9 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, ויחולו עליהם סייג בשל מצב רפואי קודם ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.**

#### **3.1.10 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, ויחולו עליהם סייג בשל מצב רפואי קודם ותקופות האכשרה הקבועות בכל פרק לפי העניין.

#### **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 המבטח 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.

(א1) 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 ויציין –

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
  - (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
  - (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- (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 מבטוח 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 - סעיפי 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 המבטוחים 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 המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4 (ב)2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטוח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(א1) חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטוח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטוח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

(א2) הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטוח ובין אם אצל מבטוח אחר, לכלל או לחלק מהמבטוחים, ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים 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.

(א3) פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבטוח לפי הפוליסה הקבוצתית.

(ב) חלה על מבטוח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח 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 חובת גילוי

- 3.6.1 הציגה החברה למבוטח לפני כריתת הפוליסה, אם בטופס של הצעת הביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – עניין מהותי). על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בשעת כריתת הפוליסה.
- 3.6.2 הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 3.6.3 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית החברה בתוך 30 ימים מהיום שנודעה לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות החברה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.
- 3.6.4 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין החברה חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין הפרמיות שהיו משתלמות כמקובל אצלה, לפי המצב לאמיתו לבין הפרמיות המוסכמות כמפורט בדף פרטי הביטוח לבין, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 3.6.4.1 התשובה ניתנה בכוונת מירמה.
- 3.6.4.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בפרמיה גבוהה יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, זכאי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין להחזר הפרמיות ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות החברה.
- 3.6.5 החברה לא תהיה זכאית לתרופות המפורטות בסעיף 3.6.3 עד 3.6.4 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מירמה:
- 3.6.5.1 היא ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.
- 3.6.5.2 העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות החברה או על היקפה.
- 3.6.6 בנוסף לא תהיה החברה זכאית לתרופות האמורות בסעיף זה לעיל, לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת הפוליסה, זולת אם המבוטח פעל בכוונת מרמה.

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

- 3.7.1 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.

- 3.7.2 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.
- 3.7.3 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.
- 3.7.4 מובהר כי סעיף 3.7 זה לא יחול על מבוטחים 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.

- 4.1 הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח**  
קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחבותו.
- 4.2 בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח**  
(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.  
(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.
- 4.3 במקרי הביטוח הבאים: השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו.**  
על אף האמור בסעיף 4.3, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו בכפוף להוראות פוליסה זו ובסכום חבותו, גם אם המבוטח 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.
- 4.5 על אף האמור בסעיף 4.3 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף להוראות פוליסה זו ובסכום חבות המבטח, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.**
- 4.6 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית אם נדרש לעשות כן. אם המבוטח פנה לשב"ן למצות את זכאותו, ימציא המבוטח אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו.**
- 4.7 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.**

- 4.8 מבלי לפגוע בכלליות האמור, המבטח יבדוק ויבחן את המסמכים הרפואיים שגישה המבוטח וימצה את זכאותו על פי כל פרק או סעיף בו הוא מבוטח.
- 4.9 דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

## **5. תגמולי ביטוח**

- 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 יחולו על פוליסה זו.

### **5.2 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח**

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

#### **5.2.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם**

- 5.2.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.
- 5.2.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.
- 5.2.1.3 במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

#### **5.2.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם**

- 5.2.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות המעידות על התשלום עבור הטיפול.
- 5.2.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות המקוריות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

#### **5.2.3 הגשת קבלות למבטח**

- 5.2.3.1 תשלום תגמולי ביטוח למבוטח מותנה בכך שהמבוטח ימציא למבטח קבלות המאשרות ששילם את התשלום בפועל, באמצעות דואר, פקס, דואר אלקטרוני, או באמצעות אתר ייעודי של המבטח לצורך סילוק תביעות.

### **5.3 טיפולים רפואיים בחו"ל**

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

### **5.4 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 שנשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

- 5.5 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.
- 5.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.**
- 5.7 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**  
 במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ובפרק הניתוחים ללא צורך במיציא זכאותו מהשב". 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.
- 5.8 הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**  
 (א) לא קוימה חובה לפי סעיף 22 או לפי 23 (ב) לחוק חוזה הביטוח במועדה, 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:  
 (1) החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;  
 (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.  
 (ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

## **6. ערעור 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 החלטת הוועדה תתקבל ברוב קולות חבריה.
- 6.6 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 6.7 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. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 6.8 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 6.9 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציא 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 קבוצתי 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 הוצאות 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.

## **9. הצמדה**

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

## **10. ביטול הפוליסה על ידי המבטח**

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.

## **11. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה**

- מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה ו/או של המבוטח, בעל הפוליסה 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, ובתנאי שבעל הפוליסה ערך הסדר ביטוח חלופי אצל מבטח אחר.
- ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

## 12. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

- 12.1 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבוטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבוטח.
- 12.2 יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם וילדי ילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת הזוג או ילדי החבר לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.
- 12.3 יובהר למעלה מכל ספק כי בנסיבות בהן המבוטח ביטל את הפוליסה עבורו ו/או עבור בני משפחתו, לא יחולו לגביהם תנאי ההמשכיות במסגרת פוליסה פרטית כמפורט בס' 15 להלן.

## 13. ביטול הפוליסה על פי המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשע"ה - 2015

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4(ב), והודיע המבוטח למבוטח 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.
- (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 מבוטח 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.
- (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 1)2), מבוטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

## 14. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 14.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 14.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבוטח.
- 14.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.
- 14.1.3 3 ימים מהיום בו הודיע המבוטח למבוטח על ביטול הפוליסה
- 14.1.4 לגבי הכיסוי לימי החלמה עקב תאונה כאמור בסעיף 7 אשר בפרק י"ג – תאונות אישיות בתום החודש בו מלאו למבוטח 67 שנים. לגבי רובד רשות מחלות קשות כאמור בפרק י"ד - בתום החודש בו מלאו למבוטח 70 שנים.
- 14.1.5 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח או בעל הפוליסה למבוטח על סמך הודעה בכתב של המבוטח על גירושיו.



לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

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

פוליסה זו לא תקעקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 14.1, לפי העניין, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל פוליסה זו.

### 15. המשכיות

#### 15.1 סיום ההסכם או ביטולו

15.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

15.1.2 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.

15.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קבוצתי לכלל המבוטחים או לחלקם, 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.

15.1.4 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים.

15.1.5 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 15.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח הדומים או פחותים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

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

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

15.1.8 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.

#### 15.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה

15.2.1 מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה 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 או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום חברותו, ברצף ביטוחי מלא.

15.2.2 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.

15.2.3 עם היוודע למבטח סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע למבוטח בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בכל אחת

המאפשרויות המנויות בסעיף 15.2.1 לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה.

15.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום החברות אצל בעל הפוליסה.

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

### **15.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין**

בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושיו מהחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים בלבד, על פי התנאים המצוינים בס"ק 15.1 לעיל.

### **15.4 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.

### **15.5 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת/חל"ד**

חבר שיצא לחופשה ללא תשלום/חופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), בין אם מיזמתו 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.

## **16. דמי הביטוח**

16.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעים ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. הפרמיות הינן עפ"י מדד 12971 אשר פורסם בתאריך 15.05.2022.

16.2 דמי הביטוח לכל מבוטח לא ישתנו מכל סיבה שהיא (למעט הצמדה או עדכון פרמיה כמפורט להלן), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.

### **16.3 עדכון דמי הביטוח**

16.3.1 בחלוף 18 חודשי הביטוח הראשונים, ובחלוף 24 חודשים נוספים, יעודכנו דמי הביטוח בהתאם לחישוב רווח והפסד אשר יבוצעו ע"י המבטח בהתאם לכללים הקבועים בהסכם הביטוח.

16.3.2 עדכון דמי הביטוח עבור כלל המבוטחים לגבי רובד ביטוח מסוים לגביו יערך החישוב, לא יעלה על 20% מדמי הביטוח, נכון למועד יום עריכת החשבון.

## **17. תקופת הביטוח**

17.1 תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ-01.06.2022 ועד 31.05.2027 (להלן "תקופת ביטוח ראשונה"). בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת בת 60 חודשים, בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח על תנאי הביטוח ועדכון דמי הביטוח בהתאם.

17.2 חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, יחולו תנאי סעיף 3.3 לעיל, לפי העניין.

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

## **18. שינויים בפוליסה**

18.1 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.

18.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

18.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 3.3 ו-3.5 לעיל, לפי העניין.

## **19. אחריות המבטח לטיב השירותים הרפואיים**

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.

## **20. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל**

20.1 חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אף אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבטח בחו"ל. למעט: השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, וניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח אשר המבטח בחר לבצעם בחו"ל, ובתנאי שהצורך בטיפול הרפואי התגלה לראשונה טרם יציאתו של המבטח לחו"ל, והכל בכפוף לתנאים ולסייגים אשר בכל פרק לפי העניין. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

20.2 חבר ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, במסגרת עבודתו, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה כדלקמן:

20.2.1 במהלך תקופת ברות הביטוח המבטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה.

20.2.2 במהלך תקופת ברות הביטוח המבטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל-25% מהפרמיה אשר היה משלם אם היה מבטח רגיל. יש להסדיר אמצעי גביה.

20.2.3 עם שובו של המבטח 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.

## **21. התיישנות**

21.1 תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט לגבי פרק "ג" - תאונות אישיות עבורו תקופת התיישנות היא שלוש שנים.

### **21.2 התיישנות בתביעת נכות**

אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבטח, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

## **22. חוק הביטוח**

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

## **.23 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 המבוטח בדואר, ישלח המבוטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

## **.24 מקום שיפוט**

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

## **.25 פרשנות**

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

פרק ד - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח

- 1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, כולל ב"ח שיקומי, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
- 1.3 **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4 **השתלה:**
- 1.4.1 כריתה או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), והשתלה או הוספה של איבר שלם או חלק מאיבר במקומם, לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי (איבר מכאני- לא חי), ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.
- 1.4.2 השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בריאותית), התשפ"ב - 2021**
- 1.5 טיפול מיוחד בחו"ל: כל טיפול רפואי, לרבות ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל ועונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:
- 1.5.1 הטיפול הרפואי חיוני להצלת חיי המבוטח ואי ביצועו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח.
- 1.5.2 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.
- 1.5.3 מניעת הטיפול הרפואי עלולה לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי, או לפגיעה קשה בתפקוד היומיומי של המבוטח.
- 1.5.4 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.5.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

- 1.5.6 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.
- 1.5.7 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
- לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול, יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל, מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל, במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
- 1.5.8 על פי הניסיון שנצבר במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח, נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

**הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב – 2021**

## **2. מקרה הביטוח**

צורך בביצוע השתלה, או ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל בהתאם לתנאי חוק השתלת איברים התשס"ח - 2008, או ביצוע או צורך בטיפול מיוחד בחו"ל.

לעניין סעיף זה, צורך בביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד: הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, לפי העניין. לעניין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול המיוחד.

## **3. הכיסוי הביטוחי**

### **3.1 הכיסוי הביטוחי במקרה של השתלה:**

המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים המפורטים בסעיף 3.1 או 3.1.2. יובהר מעל לכל ספק כי המבוטח לא יוכל לקבל שיפוי/פיצוי בגין 2 המסלולים גם יחד.

#### **3.1.1 מסלול שיפוי:**

##### **3.1.1.1 ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח**

אם ההשתלה בוצעה באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא הוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.1.1.3 להלן ובכפוף לתקרות הקבועות בסעיף 3.1.1.3 להלן, אם נקבעו.

##### **3.1.1.2 ביצוע השתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח**

במקרה של ביצוע ההשתלה באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד 5,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.1.1.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

##### **3.1.1.3 תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה בחו"ל**

###### **א. הוצאות הערכה רפואית:**

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, עד 212,560 ש"ח.

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

#### **ב. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושטל, קצירת האיבר המושטל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

#### **ג. איתור או הפקת מח עצם**

הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים בחו"ל עד לסך של 318,840 ₪.

#### **ד. הוצאות בגין טיפול רפואי:**

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

#### **ה. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות בית חולים שיקומי, ובכלל זה שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל מ 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

#### **ו. 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.

#### **ז. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:**

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

#### **ח. 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

הוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

#### **ט. הוצאות הטסת רופא:**

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

#### **י. הוצאות הטסה רפואית:**

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

#### **יא. הוצאות העברה יבשתית:**

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

#### **יב. הוצאות מגורים וכלכלה:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 1,000 ש"ח ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,500 ש"ח לכל יום.

#### **יג. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:**

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים



מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל. חבות המבטח לשיפוי הוצאות המבטח עבור המשך טיפול בחו"ל הינה במסגרת החבות הכוללת של המבטח הקבועה בס"ק 3.1.1.1 ו-3.1.1.2 לפי העניין.

#### **ד. המשך טיפול בישראל:**

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. יובהר כי אם במהלך תקופת הביטוח בוצעו במבטח מספר השתלות יחשבו כל ההשתלות כמקרה ביטוח אחד, והכיסוי עבור המשך הטיפול בישראל יסתיים לכל המאוחר 24 חודשים ממועד ביצוע הטיפול או ההשתלה האחרונה, וסה"כ ההחזר עבור כלל המשך הטיפולים בישראל לא יעלה על סך של 150,000 ₪.

#### **טו. הוצאות הטסת גופה:**

המבטח 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.

#### **טז. הוצאות בגין מיסים והיטלים, הוצאות בגין המרת סכום הביטוח למטבע זר.**

#### **זז. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל:**

המבטח יישא בעלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה – עד לסכום של 200,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה.

ח. בניסיונות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל, ובתנאי שהוצגו לשביעות רצונו של המבטח כל המסמכים המעידים כי מטרת הנסיעה הייתה לצורך ביצוע השתלה.

ט. בוצעה השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח עבור אחד או יותר מההוצאות המנויות בס"ק א. עד יז. לעיל - יהא זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך 371,980 ש"ח.

#### **3.1.2 מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי מיוחד בגין מחלה קשה:**

המבוטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי לסעיף 3.1.1 - מסלול המקנה פיצוי כספי במקרה שמצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה במפורט להלן:

##### **3.1.2.1 מקרה הביטוח**

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.

##### **3.1.2.2 הכיסוי הביטוחי**

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪ בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע ההשתלה. על אף האמור לעיל, פיצוי זה לא יחול על השתלת מח עצם או תאי אב שמקורם בתרומה עצמית או מתורם זר.

**3.1.2.3. למען הסר ספק, מובהר כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.1.1.3 להלן.**

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.**

**3.2. הכיסוי הביטוחי במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:**

**3.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע באמצעות נתן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא הוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת.**

**3.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד באמצעות נתן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,275,350 ₪ לכל מקרה ביטוח.**

**3.2.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל**

המבטח יישא בעלות עבור השירותים הרפואיים הקבועים בסעיף 3.1.1.3 רבתי, ועד הסכומים הקבועים בסעיפי המשנה א. עד יח. - לפי העניין. לעניין סעיף זה בכל מקום המופיע המילה "השתלה" יבוא "טיפול מיוחד בחו"ל".

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

**3.3. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, או לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל:**

**3.3.1. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל**

**3.3.1.1. לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח, בחייו, לגמלה חודשית בסך 5,500 ₪, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.**

**3.3.1.2. גמלה עפ"י ס' 3.3.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת מח עצם.**

**3.3.1.3. קצבה חודשית למועמד להשתלה**

מבוטח אשר אושרה זכאותו לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, ובהתאם לחו"ד של רופא תעסוקתי אינו מסוגל לעבוד באופן מלא ככל עבודה שהיא, יהיה זכאי לקבל תשלום גמלה בסך 4,000 ₪ עד למועד ביצוע ההשתלה ולא יותר מ 12 חודשים. תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.

**3.3.1.4. יובהר למעלה מכל ספק כי מבוטח שעבר השתלה בארץ יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף זה.**

**3.3.2. גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל**

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

**3.3.2.1. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 3,500 ש"ח לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת החלמה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.**

**3.3.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול המיוחד טרם מלאו לו 21 שנים, יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך 1,750 ש"ח לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים. גמלת החלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.**

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

#### 4. תנאי לחבות המבטח .4

- 4.1 יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 4.2 תנאי לחבות המבטח לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, הוא כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.
- 4.3 יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.
- 4.4 תנאי לחבות המבטח הוא כי הצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

#### 5. חריגים לפרק זה .5

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

- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 5.2 השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל המהווים טיפול ניסיוני כהגדרתו בסעיף 29 אשר בפרק א' - הגדרות כלליות.
- 5.3 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.4 על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה, עקרות פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.5 טיפולים נפשיים, טיפולים ברפואה משלימה.
- 5.6 לא תכוסה השתלה של איבר שאינו מנוי ברשימת האיברים המצוינת בס' 1.4 בפרק זה. למען הסר ספק, השתלת מסתמים (כגון מסתם לב) או קוצב לב, או משאבת אינסולין, לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.
- 5.7 לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבוטח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנוסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.8 ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים לרבות תיקון קוצר ראייה: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורף לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
- 5.9 מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב' - חריגים כלליים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

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

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

### 1. הגדרות

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

- 1.1. **שירותי ניתוח ואשפוז:** כל השירותים הכרוכים בביצוע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח ובכלל זה שכר יעוץ עם המנתח לפני הניתוח ובתוך 90 ימים אחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים שהושתלו במהלך הניתוח, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, בדיקות פתולוגיות, הוצאות האשפוז לפני ואחרי ביצוע הניתוח לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.
- 1.2. **ניתוח מורכב:** ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח 7 ימים לפחות.

### 2. מקרה הביטוח

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

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

### 3. הכיסוי הביטוחי

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע בחו"ל של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, כדלקמן:

#### 3.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

- 3.1.1. עבור ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.
- 3.1.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח אשר מבוצע ע"י נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, או עלות הכרוכה בביצוע טיפול מחליף ניתוח עד לסך של 1,275,350 ש"ח.

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליטת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.**

#### 3.2. הוצאות טיסה עבור ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל

המבטח יישא במלוא העלות עבור טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה, ובמקרה שהמבוטח קטין – עבור המבוטח ושני מלווים.

#### 3.3. הוצאות הטיסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 100,000 ש"ח. אם תואמה ההטסה הרפואית על ידי המבטח, יכסה המבטח את מלוא הוצאה. לעניין זה "הטסה רפואית" – הטסה באמצעות "אמבולנס אווירי" או בטיסה סדירה המותאמת לצרכים הרפואיים של המטופל, בליווי רופא או צוות רפואי, ומכשור רפואי לצורך טיפול או ניטור מצבו הרפואי של המבוטח במהלך הטיסה.

- 3.4. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים**  
 המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו לבית חולים או ממנו, או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.
- 3.5. התייעצות עם מומחה בישראל**  
 המבטח יישא בעלות 2 התייעצויות בקשר לניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד 1,500 ₪ לכל התייעצות.
- 3.6. חו"ד נוספת עם רופא מומחה בחו"ל**  
 המבטח ישפה את המבוטח עד 4,000 ש"ח עבור התייעצות אחת עם מומחה בחו"ל, שאינו מבצע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל.
- 3.7. כיסוי ההוצאות שהייה של המבוטח ומלוויו בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח:**  
 המבטח ישתתף בהוצאות השהיה של המבוטח ומלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 1000 ש"ח ליום, ועד תקרה של 30 ימים. אם המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים ועד לסך של 1,500 ₪. המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לצורך רפואי, ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל.
- 3.8. כיסוי לטיפול שיקום**  
 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה עבור טיפולי שיקום, מכל סוג שהוא, הנדרשים עקב ביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל, ועד 250 ₪ לכל טיפול. הזכאות הינה בעבור עד 16 טיפולים שבוצעו בישראל במהלך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל.
- 3.9. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח, בבית החלמה מוכר**  
 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה בבית החלמה או שיקום בישראל המוכר כזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, בעקבות הניתוח או הרפואי שבוצע בחו"ל ולמשך תקופה מירבית של 14 ימים. הזכאות הינה לתקופה רציפה אחת שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בתוך תקופה של 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי בחו"ל, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**
- 3.10. כיסוי ההוצאות הטסת גופה:**  
 המבטח יישא בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

#### **4. תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה**

- 4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.**
- 4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.**
- 4.3. תנאי לחבות המבטח הוא כי צורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**
- 4.4. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:**

- 4.4.1 רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.
- 4.4.2 הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע במבטוח את הטיפול מחליף ניתוח.
- 4.4.3 הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.
- 4.5 למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

## 5. חריגים מיוחדים

- בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 5.2 ניתוחים או טיפולים רפואיים ניסיוניים כהגדרתם בסעיף 1.31 בפרק א'- הגדרות כלליות.
- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבטוח עם BMI גבוה מ- 40. כמו כן יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
- 5.4 בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו.
- 5.5 טיפולי פוריות או הפריה, או עיקור מרצון או הפלה.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.7 השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'. בכל מקרה לא יחול כפל ביטוח בין פרק ד' לבין פרק זה.
- 5.8 לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבטוח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי המבטוח על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בניסיונות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
- 5.9 מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב'- חריגים כלליים.
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבטוח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021.

## 1. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצדם:
- 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.
  - 1.3 **סל שירותי הבריאות:** כל השירותים הרפואיים, והתרופות, הניתנות ע"י קופות החולים, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, או מכח מחויבותה של קופת החולים כלפי מבטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן.
  - 1.4 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים (תיקון מס' 24) תשע"ו - 2016, שנועד לטפל במצב רפואי לרבות טיפול בסימפטומים רפואיים (כולל כאב), שנגרמו עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתם (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים).
- הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח טיוטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

## 2. מקרה הביטוח

- מצבו הרפואי של המבוטח המחייב אותו על פי הוראת רופא מומחה לקבל טיפול תרופתי, באורח חד פעמי או מתמשך, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המצוינות להלן:
- 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 (EMA)).
  - 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 מסופקת 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 באחד מהמדינות המוכרות. 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) נמצאת בקבוצה I או II
  - ב. חוזק הראיות (( Strength Of Evidence נמצאת בקטגוריה A או B
  - ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II
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** - תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, המשמשת לטיפול במחלה נדירה ואשר הכרה כתרופת יתום על ידי אחת או יותר מהמדינות המוכרות לטיפול במצבו הספציפי של המבוטח.

### 2.5 טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית.

מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1-2.4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1 תרופה שאינה רשומה בספר התרופות ושאושרה לייבוא אישי כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד מכח תקנה 29 א (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו - 1986

2.5.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים, לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, והנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, לרבות במסלול אישור בעדיפות ("Priority Review"), במסלול אישור מהיר ("Fast Track Designation"), או מסלול אישור מואץ ("Accelerated Approval"), או שסוגה ע"י ה-FDA כ"תרופה פורצת דרך" ("Breakthrough Designation"), או לאחר השלמת ניסויים קליניים לתרופה, בשלב שאושר ה-NDA עבור התרופה (New Drug Application).

2.5.4 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על בדיקה גנטית או בדיקה גנומית מולקולרית, או בדיקה אימונוהיסטוכימית שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

## 3. תגמולי ביטוח

### 3.1 סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

3.1.1 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה /או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,251,200 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.



3.1.2 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בס' 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה / או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה /או האביזר או השתל לצורך החדרת התרופה, יהיה בסך 1,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.

3.1.3 יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר, ועד תקרת חבות המבטח, לפי העניין. הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

## **3.2 השתתפות עצמית**

3.2.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 265 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מהשתתפות העצמית.

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

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

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

## **4. ויטמינים /או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן**

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

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

## **5. טיפול בקנאביס רפואי**

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

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

**הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטת הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021**

## 6. בדיקות גנטיות

המבטח יישא בשיעור 80% ועד 60,000 ש"ח עבור בדיקה גנומית מולקולרית לצורך אבחון הפרופיל הגנומי של הגידול הסרטני, או בדיקה אימונוהיסטוכימית לאיתור ולמיקום חלבונים בדגימה של הרקמה, שבוצעו במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים, על פי הפנייה של רופא אונקולוג, לצורך גילוי ואבחון מחלת הסרטן ודרכי הטיפול בה.

## 6. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 4 בפרק ג' - תנאים כלליים.

## 7. חריגים מיוחדים

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

- 7.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 7.2 תרופות ניסיוניות או הניתנות במסגרת ניסוי קליני. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות ניסיוניות לעניין פרק זה.
- 7.3 תרופות לטיפול באין אונות, תרופות לטיפול שיניים או חניכיים.
- 7.4 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפול אנטי אייג'ינג, או חיסונים, טיפול תרופתי מונע לרבות מניעת עישון.
- 7.5 תרופה למטרות דיאטה למעט של מבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 7.6 ויטמינים או תוספי מזון או באמצעות קנאביס רפואי למעט האמור בסעיפים 4 ו-5, לפי העניין.
- 7.7 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה (סטנט).
- 7.8 מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם שהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב' - חריגים כלליים.

הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה מטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בטיטות הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021

## הרחבה לרובד הבטיס

### פרק ז - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה

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

#### 1. הגדרות לפרק זה:

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

#### 2. מקרה הביטוח

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

#### 3. רשימת המחלות והאירועים הרפואיים המזכים בתגמולי ביטוח

- 3.1 **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.
- 3.2 **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 3.3 **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי הסימנים הבאים:
  - א. הקטנה חדה בנפח הכבד;
  - ב. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
  - ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
  - ד. צהבת, מעמיקה;
- 3.4 **אי ספיקת כליות סופנית (End stage Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
- 3.5 **אנמיה אפלטטית קשה (Severe Aplastic Anemia)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

- א. עירוי מוצרי דם;  
 ב. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;  
 ג. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);  
 ד. השתלת מוח עצם.
- 3.6 **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
- 3.7 **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
- 3.8 **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניורולוג מומחה יותירו נזק ניורולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- 3.9 **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם, וכל שילוב ביניהם וכן השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי אם דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.
- 3.10 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:  
 א. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.  
 ב. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
- 3.11 **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.ג.א מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- 3.12 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניצה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר ניורולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לפחות לאירוע אחד של דמיאליניצה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי ניורולוג מומחה.
- 3.13 **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 או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה וזי ספיקת לב ימנית.
- 3.14 **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - פצע, צריבה בעור הגוף שנגרמו ע"י נגיעה באש או בחומר או נוזל חם/קפוא, או נגיעה בחומר כימי אשר גרמו לכוויות מדרגה שלישית בלפחות 20% מהשטח.
- 3.15 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) Terminal Liver Disease** - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:  
 א. צהבת;  
 ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;  
 ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;  
 ד. אנצפלופטיה כבדית;  
 ה. 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.

- 3.16 **מחלת ריאות חסימתית ורטרקטיבית כרונית (Chronic Abstractive and Restrictive Lung Disease)** - מחלת ריאות חסימתית סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:  
 א. 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;  
 ב. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ כ"עוליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ע.  
 או מחלה ריאתית סופנית עם הפרעה רטרקטיבית קשה בתפקודי הריאה.
- 3.17 **ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) (ALS)** - עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת ומתקדמת. האבחנה תקבע על ידי ניירולוג מומחה.
- 3.18 **ניתוח גדול** - מצב רפואי המחייב ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב (CABG) צנתור טיפולי של העורקים הכליליים באמצעות סטנט או בלון, מובהר כי צנתור אבחוני אינו מכוסה על פי סעיף זה, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, (Open Heart Surgery for Repair Valve or replacement) תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן (Aorta), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה צווארי או גבי- מותני, ניתוח להחלפה מלאה, חלקית או תיקון של מפרק ירך, מפרק ברך, מפרק כתף, או הקרסול.
- 3.19 **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**.
- 3.20 **רטן (cancer)**  
 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות, וכן מחלת הסרטן תכלול גם ליוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר כי על אף האמור, הגדרת סרטן על פי סעיף זה תכלול גם גילוי סרטן מוקדם - גילוי גידולים המאובחנים כשניוניים ממאירים מקומיים – (in situ).
- 3.21 **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 3.22 **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, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- 3.23 **פגיעה מוחית כתוצאה מתאונה (Brain Damage)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, **ואשר אושרה על ידי רופא ניירולוג מומחה** בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- 3.24 **פוליו (שיתוק ילדים) (Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 3.25 **פרקינסון (Parkinson's Disease)** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- 3.26 **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

- 3.27 **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.
- 3.28 **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), 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.
- 3.29 **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).
- 3.30 **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 3.31 **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.
- 3.32 **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
- נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מנויה ברשימת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ושהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או נכות עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
  - המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 50%, לפי הגדרות הביטוח (הלאומי (למעט תקנה 15)), בגין פגיעה אחת מסוימת (ולא בגין מספר פגיעות או מחלות יחד) בשל מחלה או התאונה. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.
  - 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).
- הגדרת המחלות: גידול שפיר של המוח, השתלת איברים, חירשות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, החלפה או תיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, ניתוח מעקפי לב, עיוורון, סרטן, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, פרקינסון, תשישות נפש ונכות צמיתה, נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות" 17-1-2015.**

#### 4. תגמולי הביטוח

- 4.1 **זכאותו של המבוטח על פי פרק זה הינה אך ורק בקרות אחת המחלות או האירועים המצוינים לעיל, ולאחר מיצוי זכאותו של המבוטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבוטח. יובהר כי זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי כל פרק אחר בפוליסה ועל פי פרק זה לא יעלו על סך ההוצאה בפועל.**

- 4.2 המבטח ישפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות בפועל ועד לסך של 53,140 ₪, עבור הוצאות רפואיות בגין גילוי מחלות או אירועים רפואיים המפורטים בסעיף 3 בפרק זה, שבוצעו בישראל או בחו"ל, **במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.**
- 4.3 על אף האמור בסעיף 4.2, עבור השירותים המצוינים להלן המבטח ישפה את המבוטח בשיעור הנקוב לגבי אותו טיפול ועד הסכום המירבי הנקוב לגבי אותו טיפול:
- 4.3.1 עבור הוצאות רפואיות במקרה של גילוי סרטן מוקדם - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.
- 4.3.2 עבור צנתור טיפולי באמצעות בלון או סטנט - עד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 4.2.
- 4.3.3 עבור שירותי מחקר ומידענות רפואית ושירותי איתור מרכזים רפואיים בארץ או בחו"ל - עד 4,675 ₪.
- 4.3.4 תוספי מזון, ויטמינים, טיפול בקנאביס, כל אלה על פי הוראת רופא מומחה בלבד, עד 300 ₪ לחודש לכל אלה יחד, ועד 20% מסכום הביטוח בסך הכול.
- 4.4 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, ואירעו מקרי ביטוח נוספים, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4 זה, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.
- 4.5 **המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי עבור אובדן כושר עבודה, אלא רק שיפוי עבור הוצאות רפואיות.**

## 5. חריגים

**בנוסף ל חריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:**

- 5.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.**
- 5.2 **מקרה ביטוח עקב מצב רפואי קודם כהגדרתו בסעיף 3 אשר בפרק ב'- חריגים כלליים.**
- 5.3 **המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.**

### 1.1 שירותי אבחון מהיר

#### 1.1 הגדרות לסעיף זה:

בסעיף זה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת לצידם:

- 1.1.1.1. **רופא ממיין:** רופא מומחה עימו קשור הספק בהסכם תקף כרופא ממיין בקשר למתן שירות אבחון מהיר במועד קבלת השירות בפועל.
- 1.1.1.2. **תהליך אבחון:** תהליך רפואי שעובר מבוסס לפי החלטת הרופא הממיין, או רופא מומחה אליו הופנה המבוסס ע"י הרופא הממיין כדי לקבוע את אופי המחלה או ההפרעה על פי סימנים ותסמינים.
- 1.1.1.3. **תהליך אבחון בסיסי:** פגישה ראשונית עם רופא ממיין, הכוללת: הכוונה רפואית הכוללת בין היתר איסוף מידע ואבחון ראשוני, בדיקות רפואיות אבחנתיות ראשוניות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון, הפניה לרופא מומחה שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 1.1.1.4. **תהליך אבחון מקיף:** שירות "רופא ממיין" הכולל:
  - 1.1.4.1. תהליך אבחון בסיסי.
  - 1.1.4.2. התייעצות עם רופא/ים מומחה/ים אליהם הופנה המבוסס ע"י הרופא הממיין.
  - 1.1.4.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות על פי הוראת הרופא הממיין או רופא מומחה שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו, בנוסף לאלו הקיימות בתהליך האבחון הבסיסי.
  - 1.1.4.4. פגישת סיכום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

#### 1.2 מקרה הביטוח

ביצוע אבחון מהיר במהלך תקופת הביטוח.

#### 1.3 תגמולי ביטוח

- 1.3.1. המבוסס יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור שירותי "אבחון מהיר" הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל, במהלך תקופת הביטוח. הזכאות הינה לאבחון בסיסי או מקיף, (אחד משניהם) פעם אחת בכל שנת ביטוח. המבטח יישא בהשתתפות עצמית בשיעור 20% מהעלות בפועל עבור האבחון ולא יותר מהסכומים הקבועים להלן:
  - 1.3.2. עבור תהליך אבחון בסיסי (תוך 3 ימי עבודה): 170 ₪.
  - 1.3.3. עבור תהליך אבחון מקיף: (תוך 7 ימי עבודה): 480 ₪.

#### 1.4 תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

- 1.4.1. פגישת היעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עבודה ממועד פנייתו של המבטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עבודה ממועד פגישת היעוץ הראשונה עם הממיין.
  - 1.4.2. השירות ניתן בבית חולים או מרכז רפואי פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם עם המבטח.
  - 1.4.3. התשלום עבור השירות במלואו שולם במישרין ע"י המבטח לבית החולים או המרכז הרפואי הפרטי.
  - 1.4.4. יובהר כי המבטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או עפ"י כל פרק אחר בפוליסה.
- 1.5. תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.



## 2. שירות "רופא מלווה"

- 2.1 מקרה הביטוח**  
שירות יעוץ וליווי ע"י רופא מומחה מלווה במהלך תקופת הביטוח. לעניין סעיף זה "רופא מלווה": רופא מומחה המנהל את תהליך הטיפול הרפואי, ובכלל זה: אבחון ומתן מידע ראשוני לאחר בדיקה רפואית ובחינת מסמכים ובדיקות רפואיות קודמות, הכוונה והפניה לרופאים מומחים ובדיקות אבחוניות המתאימות למצבו הרפואי של המבוטח, מעקב אחר תהליך הבירור או הטיפול הרפואי, יעוץ וליווי המבוטח בתהליך, ריכוז הממצאים, הסבר למבוטח לגבי הממצאים, מסקנות, כתיבת דו"ח מסכם, והמלצות להמשך טיפול.
- 2.2 תגמולי ביטוח**  
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "רופא מלווה" ועד 2,657 ₪, פעם אחת בתקופת הביטוח.
- 2.3 תנאי לחבות המבטח**  
שירות רופא מלווה יכלול לפחות פגישת ייעוץ פרונטלית אחת עם הרופא המלווה במהלך 3 חודשים מתחילת השירות.
- 2.4 חריגים**  
לפי סעיף זה לא יכוסו:
- 2.4.1 בעיות בהתפתחות הילד.
  - 2.4.2 טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.
  - 2.4.3 יעוץ במהלך אשפוז של המבוטח בבית חולים.
  - 2.4.4 טיפולים למטרות יופי ואסתטיקה.
  - 2.4.5 פוריות, הריון או עקרות.
  - 2.4.6 טיפולים ברפואה משלימה.
- 2.5 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

## 3. חוות דעת שנייה של רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי

- 3.1 מקרה הביטוח**  
יעוץ ע"י רופא מומחה במהלך תקופת הביטוח, בעת שהותו של המבוטח באשפוז בבית חולים ציבורי.
- 3.2 תגמולי הביטוח**  
המבטח ישתתף בשיעור של 80% ועד 2,657 ₪ מעלות עבור חוות דעת שנייה שניתנה, בעת שהות המבוטח באשפוז, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח. השירות כולל בין היתר גם ביקור הרופא במחלקה בו מאושפז המבוטח.
- 3.3 תנאי לחבות המבטח**  
תנאי לחבות המבטח לפי סעיף זה כי המבוטח מאושפז בבית חולים ציבורי לתקופה העולה על 3 ימים ברציפות.
- 3.4 תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

## 4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 4.1 מקרה הביטוח**  
התייעצות וחוות דעת רפואית נוספת עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, במהלך תקופת הביטוח.
- 4.2 תגמולי ביטוח**  
4.2.1 המבטח ישתתף בשיעור 80% מההוצאה אך לא יותר מ- 7,652 ₪, עבור התייעצות שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.

- 4.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 4.2.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 850 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 4.2.4 יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירותים הרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.

#### 4.3 **תנאי לחבות המבטח**

יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.

#### 4.4 **תקופת אכשרה לסעיף זה הינה 3 חודשים מיום תחילת ביטוח.**

### **5. בדיקות סקר ורפואה מונעת למבוטחים מעל גיל 40**

#### 5.1 **מקרה הביטוח**

בדיקת סקר רפואי אשר בוצע במהלך תקופת הביטוח. לעניין סעיף זה, בדיקת הסקר תכלול לכל היותר את הבדיקות הבאות בלבד: בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ובדיקות מעבדה, בדיקת תפקודי ריאות, תפקודי כליות ותפקודי כבד, בדיקת לחץ דם, בדיקת ראייה ושמיעה, בדיקת לחץ תוך עיני, צילום חזה ובדיקת לב- א.ק.ג. ו/או ארגומטריה, בדיקת ממוגרפיה, בדיקת PAP, SMEAR, בדיקת PSA ובדיקת צפיפות העצם.

#### 5.2 **תגמולי ביטוח**

המבטח ישתתף בעלות ביצוע בדיקת סקר תקופתית (בדיקת סקר מנהלים), בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 300 ₪ לכל בדיקה. הזכאות לביצוע בדיקות סקר הינה אחת בכל 2 שנות ביטוח.

#### 5.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה 24 חודשים**

### **6. בדיקות סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים**

#### 6.1 **מקרה הביטוח**

ביצוע סקר סרטן וגילוי גנים סרטניים במהלך תקופת הביטוח.

#### 6.2 **תגמולי ביטוח**

המבטח ישתתף בעלות בדיקת סקר סרטן ובדיקת אבחון גנטי לגילוי גנים סרטניים, בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 300 ₪ לבדיקה. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.

#### 6.3 **תקופת אכשרה לסעיף זה 24 חודשים**

### **7. חריגים אשר יחולו על כל הסעיפים אשר בפרק זה:**

- 7.1 התייעצויות או בדיקות הריון.
- 7.2 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.
- 7.3 התייעצויות או בדיקות לצורך טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 7.4 התייעצויות או אבחונים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ו' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ט' ט' (1), ט' (2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

1. הגדרות לפרק זה:

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

## 2. מקרה הביטוח

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

## 3. הכיסוי הביטוחי

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

- 3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
- אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם, ישפה המבוטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.
- 3.2 שכר מנתח;
- 3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבוטח, בכתובת: [WWW.AYALON-INS.CO.IL](http://WWW.AYALON-INS.CO.IL)
- 3.5 **יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבוטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבוטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.**

## 4. תגמולי הביטוח

### **4.1 תגמולי ביטוח במקרה של מימוש זכאותו של המבוטח על פי תנאי השב"ן**

- 4.1.1 לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, תשלום חברת ביטוח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך הוצאות בפועל לבין הוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות הוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים).
- 4.1.2 **קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:**
  - 4.1.2.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון הוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ולרבות במקרה שבו נותן השירות אינו בהסדר עם השב"ן בו חבר, או במקרה שהניתוח או הטיפול מחליף ניתוח לרבות הטכנולוגיה שבאמצעותה הם מבוצעים אינה כלולה בסל השירותים של השב"ן בה חבר המבוטח, ישולם למבוטח סך הוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות הוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).

4.1.2.2. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבטוח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבטוח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

#### 4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטוח

אם בחר המבטוח שלא לפנות למימוש זכאותו במסגרת השב"ן, והניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטוח, יישא המבטוח בהוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, בניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטוח לגבי אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ועד 3,000 ₪. ההשתתפות העצמית תחול לגבי כל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ותשלום ישירות ע"י המבטוח לנותן השירות. **יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבטוח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.**

#### 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטוח

אם בחר המבטוח שלא לפנות למימוש זכאותו במסגרת השב"ן, והניתוח או טיפול מחליף ניתוח בוצע באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטוח, יישא המבטוח בעלות ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטוח לגבי אותו ניתוח או הטיפול מחליף ניתוח. מסכום החזר למבטוח הנקוב באתר המבטוח, תנוכה השתתפות עצמית בשיעור 20% מהסכום הנקוב באתר המבטוח, ועד 3,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4.4. אם המבטוח הינו חייל בשירות סדיר יהיה המבטוח פטור מתשלום השתתפות עצמית.

4.5. תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

### 5. תקופת אכשרה

5.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

5.2. על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

### 6. חריגים מיוחדים לפרק זה

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

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

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

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבטוח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטוח עם יחס BMI גבוה מ- 40.

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

6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטוח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת

- איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לענין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

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

- 7.1. מבוטח שהצטרף לביטוח במסלול "משלים שב"ן" עפ"י פרק זה, ובמועד הצטרפותו היה חבר בתכנית שב"ן, ובמהלך תקופת הביטוח הסתיימה חברותו בשב"ן מסיבה כלשהי, והמבוטח לא חידש חברותו באותה תכנית שב"ן או לא הצטרף לתכנית שב"ן אחרת, יהיה זכאי לרכוש את פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון כאמור בפרק ט(2), במסגרת פוליסה פרטית. ההצטרפות לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון תהיה ברצף ביטוחי מלא, ותיכנס לתוקפה בדיעבד ממועד בו הסתיימה החברות בשב"ן.
- 7.2. מובהר ומוצהר כי הזכאות להצטרף לפוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, ברצף ביטוחי מלא, מותנית בכך שהוגשה בקשת הצטרפות תוך 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן כפי שמצוין בהודעת הביטול שנשלחה למבוטח ע"י השב"ן.
- 7.3. בקשת הצטרפות לביטוח ניתוחים מהשקל הראשון לאחר 60 יום ממועד סיום החברות בשב"ן, כרוכה במילוי הצהרת בריאות ואישור מפורש מאת המבוטח על קבלתו לביטוח.
- 7.4. דמי הביטוח החדשיים עבור פוליסת ביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יהיו על פי התעריף המוצע לכלל האוכלוסייה ע"י המבטח, בהתאם למגדר וגיל המבוטח במועד הרכישה.

## **8. מובהר ומוצהר בזאת**

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

## אופציה שנייה - לבחירת המבוטח בתוספת תשלום

### פרק טז - ניתוחים ומחליפי ניתוח פרטיים בישראל במסלול מ"השקל הראשון"

#### 1. הגדרות לפרק זה

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

## 2. מקרה הביטוח

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

## 3. הכיסוי הביטוחי

- פוליסת ניתוחים על פי פרק זה תכלול כיסוי למקרים אלה בלבד:
- 3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;  
אם בחר המבוטח לבצע התייעצות עם נותן שירות שאינו בהסכם - ישפה המבטח את המבוטח עד לתקרה של 1,500 ש"ח לכל התייעצות.
  - 3.2 שכר מנתח;
  - 3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
  - 3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף, וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המחולף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המחולף בישראל הינה עפ"י הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח. בכתובת: [WWW.AYALON-INS.CO.IL](http://WWW.AYALON-INS.CO.IL).
  - 3.5 יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

## 4. תגמולי ביטוח

- המבטח יישא המבטח בתגמולי ביטוח כמפורט להלן:
- 4.1 ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח אם בוצע הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ישלם המבטח לנותן השירות את ההוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.
  - 4.2 ביצוע הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח אם בוצע הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בהוצאות הכרוכות בביצוע הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח.
  - 4.3 תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

## 5. תקופת אכשרה

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

## 6. חריגים לכיסוי

- פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה;
  - 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;



- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול, שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה ממשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

## הרחבה לרובד רשות ראשון

### פרק י - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח

#### 1. מקרה הביטוח

שירות רפואי או שיקומי שניתן למבוטח בישראל, לאחר ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל שבוצע במהלך תקופת הביטוח.

#### 2. תנאי לחבות המבטח

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

#### 3. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלות שירותי אשפוז או שיקום, כמפורט להלן:

##### 3.1 שכר אח/אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% בעלות שירותי אחות פרטית, שירותי שמירה וכו' עזר (שלא ע"י בן משפחה) בעת שהותו של המבוטח בבית חולים בישראל, עד 350 ש"ח לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

##### 3.2 טיפול שיקומי בעת אשפוז

המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד 350 ש"ח לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוז של המבוטח בבית חולים שיקומי.

##### 3.3 סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח בבית חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח

3.3.1 מבוטח שגילו עד 67 שנים, שאושפז בבית חולים בישראל, לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר, המרוחק מעל 40 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% ועד 420 ש"ח ליום עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו מדרגה ראשונה, במלונית או בית מלון הסמוך לבית החולים, החל מיום האשפוז החמישי (5) ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

3.3.2 הזכאות הינה עד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

3.3.3 מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית חולים שיקומי או בבית החלמה.

##### 3.4 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי

המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח הנמצא בישראל לבית חולים בישראל וממנו או בין בתי חולים בישראל, לצורך ביצוע ניתוח או אחריו, לפי התעריף הרשמי

הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה. יובהר כי על פי סעיף זה לא תכוסה עלות העברת מבטח הנמצא בחו"ל לישראל.

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

אם בוצעו במבטח: ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח בעמוד השדרה או השתלת איבר או לאחר אירוע לב, או ניתוח אחר או אירוע רפואי אחר אשר כתוצאה מהם היה מאושפז בבית חולים לתקופה של לפחות 4 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות החלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 797 ש"ח לכל יום החלמה, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה ימים, בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

### 3.6 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח

3.6.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד 249 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים.

3.6.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

### 3.7 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח

המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, בשיעור 80% ועד לסכום מרבי של 215 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

### 3.8 אביזרים רפואיים לאחר ניתוח

3.8.1 המבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור אביזרים רפואיים שרכש במהלך 6 חודשים לאחר ביצוע ניתוח ונדרשים עקב ביצוע הניתוח, ועד לסך מצטבר של 4,251 ש"ח לכל תקופת הביטוח. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

#### 3.8.2 חריגים לסעיף זה

3.8.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפולי שיניים.

3.8.2.2 לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, טלפון סלולרי ו/או שעון חכם מכל סוג שהוא.

3.8.2.3 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

3.8.2.4 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

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

**3.8.2.6 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות וכן מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.**

### **3.9 שירות למבוסט המרותק לביתו, לאחר ביצוע ניתוח**

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

#### **3.9.1 שירותי אחות פרטית**

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

#### **3.9.2 שירות רופא בבית**

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

#### **3.9.3 שירות טיפול וסיוע תפקודי**

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

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

### **3.10 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה (מכל סיבה שהיא)**

מבוסט שגילו נמוך מ-65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של מעל 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 260 ש"ח עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר. המבוסט יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

#### 1. הגדרות לפרק זה

**טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** שימוש במכשור רפואי (כדוגמת שימוש ברובוט, סייבר ניף, תא לחץ וכד'), שתל, חומר או אביזר רפואי, לצורך ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, או טיפול בכאב.

#### 2. ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות

##### 2.1. מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במהלך תקופת הביטוח, באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות.

##### 2.2. תגמולי ביטוח

המבטח יישא בעלויות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לרבות הוצאות אשפוז, שכר מבצע הטיפול, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות שימוש במכשור רפואי, אביזרים, שתלים, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול, כלהלן:

##### 2.2.1.

אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנוטני שירות שבהסדר כאמור.

##### 2.2.2.

אם הניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח/טיפול. בהיעדר התייחסות באתר המבטח לביצוע הניתוח ע"י שימוש בטכנולוגיה מתקדמת, יישא המבטח במלוא עלות הטיפול ועד לסך של 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

##### 2.3. תנאי לחבות המבטח:

##### 2.3.1.

הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיות מתקדמות אינו מכוסה במלואו על פי פרק ט(1) או ט(2) - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

##### 2.3.2.

רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.

##### 2.3.3.

הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

##### 2.3.4.

הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

##### 2.3.5.

הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחד מהרשויות המוסמכות באחד מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)).

##### 2.4. תקופת אכשרה לטעיף 2 לעיל - 6 חודשים.

### 3. טיפולים לריפוי או הקלה בכאב

#### 3.1 מקרה הביטוח

טיפול לריפוי או הקלה בכאב וטיפולים בסימפטומים של מחלה או פגיעה שבוצעו במהלך תקופת הביטוח

#### 3.2 תגמולי הביטוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפול או סדרת טיפולים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, להקלה בכאב, עד לסך מצטבר של 20,000 ₪ בכל תקופת הביטוח.

#### 3.3 תנאי לחבות המבטח

3.3.1 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.

3.3.2 הטיפול הרפואי יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.

3.3.3 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

#### 3.4 תקופת אכשרה לסעיף 3 לעיל - 6 חודשים.

### 4. טיפולים בתא לחץ

#### 4.1 מקרה הביטוח

טיפולים בתא לחץ במהלך תקופת הביטוח.

#### 4.2 תגמולי הביטוח

4.3 המבטח ישתתף בשיעור 80% מהעלויות עבור טיפולים המבוצעים בתא חמצן בעל לחץ גבוה, במהלך תקופת הביטוח, עד ל- 30 טיפולים במהלך כל תקופת הביטוח, ועד 350 ₪ לכל טיפול, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

#### 4.4 תקופת אכשרה לסעיף 4 לעיל - 6 חודשים.

### 5. טיפול למטרות קוסמטיות כתוצאה מתאונה

#### 3.1 מקרה הביטוח

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

#### 3.2 הכיסוי הביטוחי

3.2.1 התייעצות אחת לפני הניתוח/טיפול עם המנתח המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח, והתייעצות נוספת לאחר ביצוע הניתוח/טיפול.

3.2.2 הוצאות שכר מנתח מבצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

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

#### 3.3 תגמולי הביטוח

3.3.1 אם בוצע הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח באמצעות נותן שירות

שבהסכם עם המבטח, יישא המבטח במלוא הכיסוי הביטוחי. יובהר כי במקרה זה לא ישולם למבטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שילם לנותני שירות שבהסדר כאמור.

3.3.2 אם בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח, אך לא יותר מהסכום הנקוב באתר המבטח לגבי אותו ניתוח/טיפול. בהיעדר התייחסות באתר המבטח לביצוע הניתוח יישא המבטח במלוא העלות.

## **6. תנאי לחבות המבטח**

- 6.1 הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.
- 6.2 הטיפול הרפואי יבוצע בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 6.3 הטיפול מאושר לביצוע ע"י אחת מהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות (ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA)).

## **7. חריגים אשר יחולו על פרק זה**

- המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 7.1 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
    - 7.1.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
    - 7.1.2 ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
  - 7.2 טיפול בטכנולוגיות מתקדמות הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
  - 7.3 השתלת איברים המכוסים על פי פרק ד'.
  - 7.4 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
  - 7.5 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, טיפולי פיזיותרפיה או שיקום מכל סוג שהוא, אביזרים רפואיים חיצוניים.
  - 7.6 טיפולי פריון או הפריה.
  - 7.7 טיפול תרופתי מכל סוג וכן טיפול בקנאביס, מזון, תוספי מזון ו/או ויטמינים, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות.
  - 7.8 מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא,
  - 7.9 מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.

## רובד רשות שני

### פרק יב - שירותים רפואיים אמבולטוריים

#### 1. מקרה הביטוח

ביצוע טיפול רפואי המפורטים בסעיפים 3-10 במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

#### 2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בשיעור של 80% מהסכום ששילם המבטוח לנותן השירות בפועל, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לכל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

אם פנה המבטוח לקבלת שירות רפואי באמצעות נותן שירות שבהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, ונדרש לשלם השתתפות עצמית, יהיה זכאי להחזר מלאו השתתפות העצמית.

#### רשימת הטיפולים המכוסים

#### 3. ייעוץ רפואי

##### 3.1 התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1 המבטוח זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן ייעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים). **יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבטוח.**

3.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבטוח להשתתפות המבטח עד 850 ש"ח לכל התייעצות.

3.1.3 המבטוח יהיה זכאי לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.

3.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבטוח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

##### 3.2 תקופת אכשרה לסעיף 3 לעיל - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

#### 4. בדיקות רפואיות אבחנתיות

##### 4.1 תגמולי הביטוח

המבטח להשתתפות המבטח עבור עלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 12,000 ₪ **לכל בדיקה**. **יובהר כי חלקו של המבטוח בעלות הבדיקה לא יפחת מ-250 ₪ לכל בדיקה.**

##### 4.2 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית

המבטוח זכאי להשתתפות עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה, עד לסך 850 ₪ עבור כל התייעצות.

##### 4.3 תקופת אכשרה לסעיף 4 לעיל - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

#### 5. טיפול שיקום ואביזרים רפואיים

##### 5.1 התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית עם מומחה שיקומי, שניתנה למבטוח



במהלך תקופת הביטוח, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 850 ₪ לכל התייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.

## שיקום דיבור וראיה 5.2

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של 191 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

## התעמלות שיקומית 5.3

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית המבוצעת במרכזים רפואיים או בפיקוח רפואי, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, עד לסכום של 266 ₪ לכל חודש, לתקופה שלא תעלה על 12 חודשים. הזכאות הינה פעם אחת בתקופת הביטוח.

## טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום 5.4

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים לצורך שיפור הלקות הפיזית או התפקוד המוטורי של המבוטח, שניתנו למבוטח, עד לסכום של 215 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

## אביזרים רפואיים 5.5

5.5.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור רכישת אביזרים רפואיים, עד לסך מצטבר של 4,251 ₪ לכל תקופת הביטוח. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום החזר לא יעלה על 425 ₪ בכל פעם. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה אשר הבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

### חריגים לסעיף זה 5.5.2

5.5.2.1 לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפולי שיניים.

5.5.2.2 לא יכוסו אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, קלנועית, מכשירי טלפון סלולרי או שעון מכל סוג.

5.5.2.3 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

5.5.2.4 לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים

5.5.2.5 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטמית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים. על אף האמור יובהר כי יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס.

5.5.2.6 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה מכל סוג שהוא.

5.5.2.7 לא יכוסו מכשירים או אביזרים המוחדרים או מושתלים לגופו של המבוטח במהלך ניתוח, השתלת איברים והגדרתה בפרק ד'.

5.5.2.8 לא יכוסו מוצרי טואלטיקה מכל סוג שהוא לרבות סבונים, שמפו, קרמים, ומוצרי הגיינה, פריטי ביגוד והנעלה, אביזרי ספורט, רהיטים מכל סוג שהוא, מוצרי מזון, תוספי מזון, קנאביס רפואי, תרופות הומאופטיות וכן מכשירי טלפון סלולרי או שעונים מכל סוג שהוא.

5.6 תקופת אכשרה לסעיף 5 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

5.7 חריג לסעיף זה:  
על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקוי למידה.

## **6. מנוי למשדר קרדילוגי**

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 191 ₪ לכל חודש. הזכאות הינה לתקופה מרבית רציפה אחת של 24 חודשים לכל היותר.

6.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.

6.2 אובחן במבוטח הצורך בניית לב או השתלת לב.

6.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

6.4 תקופת אכשרה לסעיף 6 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

## **7. בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות**

### **7.1 בדיקות לנשים בהריון**

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי הקשור בהריון, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,251 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,377 ₪ לכל הריון.

### **7.2 בדיקות גנטיות טרום הריון**

המבוטח/ת יהיו זכאים להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות טרום הריון שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטח/ת אינו זכאי/ת לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד 1,329 ₪ לכל מבוטח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

### **7.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית**

7.3.1 המבטח ישתתף בעלות של טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו בגופה של מבוטחת שטרם מלאו לה 48 שנים, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עד לסכום של 21,256 ₪ עבור כלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק) שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עבור השגת 2 הריונות שהסתיימו בלידה תקינה.

7.3.2 הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשילבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה על כל שלביו, לרבות: עלות בדיקות ואבחונים, עלות טיפול תרופתי, הזרעה מלאכותית, או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, החזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן השגת תרומת ביציות לצורך ביצוע ההפריה במידת הצורך. כמו כן תכוסה שמירה והקפאת ביציות עד

לסך של 4,000 ₪. יובהר למעלה מכל ספק כי לא יניתן כיסוי לשאיבת ביציות ואו להקפאת ביציות לצורך מטרת סוציאליות לרבות תכנון משפחה עתידי.

7.3.3 המבטח ישתתף בעלויות טיפולי פרייון הגבר שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ובכלל זה עלות טיפול כירורגי להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם ועד לסך של 21,256 ₪.

7.3.4 יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופו/ה של המבוטח/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון / או שני /או שלישי בלבד.

#### 7.4 ניתוח לצורך פרייון והפריה

המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח לצורך פרייון והפריה.

יובהר כי טיפולי פרייון והפריה וניתוחים לצורך פרייון המכוסים עפ"י ס' 6.3 לעיל או על פי פרק ט' / (1) / ט(2) - "ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" לא יכוסו עפ"י סעיף זה.

#### 7.5 מעקב הריון

מבטוחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 425 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

#### 7.6 שמירת הריון באשפוז

מבטוחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 106 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,314 ₪ לכל הריון.

#### 7.7 אם פונדקאית

הזכאות על פי סעיף 6 רבתי - בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.

#### 7.8 תקופת אכשרה לסעיף 7 רבתי היא - 9 חודשים מיום תחילת ביטוח.

### 8. כיסוי מיוחד לילדים

#### 8.1 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 215 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות רצופה, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

#### 8.2 בעיות הרטבה לילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 744 ₪ לטיפול.

#### 8.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

8.3.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא ילדים או רופא מומחה שהליקוי בתחום מומחיותו או ע"י מכון אבחון מוכר או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכודידקטי או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדומת BRC, TOVA, ועד לסכום של 1,913 ₪.

#### הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.

8.3.2 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל בתרופות לבעיות קשב וריכוז, ועד לסכום של 1,913 ₪.

## 8.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י רופא ילדים או 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 159 ש"ח לטיפול, ולא יותר מ-20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

## 8.5 תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי היא - 12 חודשים מיום תחילת ביטוח.

## 9. יעוץ/טיפול פסיכולוגי

9.1 המבטח ישתתף בעלות 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 255 ש"ח לכל טיפול.

## 9.2 יעוץ פסיכיאטרי

המבטח ישתתף בעלות יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 680 ש"ח לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.

## 9.3 תקופת אכשרה לעניין סעיף 9 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

## 10. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

10.1 המבטח ישתתף בעלות טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 128 ש"ח לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 255 ש"ח (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד). המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

10.1.1 הומיאופתיה

10.1.2 אוקופונקטורה

10.1.3 כירופרקטיקה

10.1.4 אוסטיאופתיה

10.1.5 רפלקסולוגיה

10.1.6 שיאצו

10.1.7 ייעוץ דיאטטי

10.1.8 שיטת פלדנקרייז

10.1.9 ביו-פידבק

10.1.10 נטורופתיה

10.1.11 הרבולוגיה

10.1.12 שיטת פאולה

10.1.13 שיטת אלכסנדר

10.1.14 טווינא

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

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

## 10.2 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.

### 10.3 חריגים

בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', בפרק זה יחולו החריגים הבאים:

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

10.3.2 לא יאושרו החזרי הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

10.3.3 לא יינתן שיפוי בגין טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לענין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

10.4 תקופת אכשרה לסעיף 10 רבתי היא - 6 חודשים מיום תחילת ביטוח.

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

#### 1. מקרה הביטוח

אחת המחלות או האירועים הרפואיים המופיעים להלן, שהתגלו אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

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:
  - א. הקטנה חדה בנפח הכבד;
  - ב. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
  - ג. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5-7;
  - ד. 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, נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
  - א. עירוי מוצרי דם;
  - ב. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
  - ג. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
  - ד. 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 ניירולוגי 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 ניירולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
8. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניירולוג מומחה עלולים להותיר נזק ניירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
9. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, בלבלב, 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.
10. **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.  
האבחנה חייבת להיתמך ע"י שני הקריטריונים הבאים במצטבר:  
א. בדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין מעבר לערכי הנורמה, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים.  
ב. קיומה של לפחות אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.
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 נירולוגי 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 נירולוג 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" או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ כ", 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:  
א. צהבת;  
ב. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;  
ג. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;  
ד. אנצפלופטיה כבדית;  
ה. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספלינזם.
15. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)**  
- מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:  
א. 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;  
ב. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ כ", ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ".
16. **ניוון שרירים מסוג (Amyotrophic Lateral Sclerosis) (ALS)** – עדות לפגיעה משולבת בנירונ 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. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair)** - כל פרוצדורה שנועדת לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.

18. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** - ניתוח או צינתור בהם מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.
19. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** – ניתוח לב לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צינתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.
20. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES – ELLITUS** - 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 שטרם מלאו לו 18 שנה.
21. **רטן (cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם ליוקמיה, ליםפומה ומחלת הודג'קין.  
מקרה הביטוח אינו כולל:
1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.
  2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצוציות (התכייבויות);
  3. מחלות עור מסוג:
    - א. Basal Cell Carcinoma - I Hyperkeratosis ;
    - ב. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
  4. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל);
  5. ליוקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ  $10,000 \text{ B cell lymphocytes}$  ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
  6. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
  7. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;
  8. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
  9. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.
22. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
23. **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.
24. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
25. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנזל עמוד השדרה.
26. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.



27. **צפדת (טטנוס) (Tetanus) – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany**, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
28. **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.**
29. **שבץ מוחי (CVA) – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי)**, המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי ניורולוג ממוחה. כל זאת להוציא TIA.
30. **שיתוק (פרפליגיה, 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).**
31. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) – נוכחות של נגיף HIV בגופו של המבוטח.**
32. **תרדמת (COMA) – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק ניורולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות, והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.**
33. **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.**
34. **נכות צמיתה - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:**
- נכות עקב מחלה אחת מסוימת, שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים בסעיפים 1-31 לעיל.
  - המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח, או עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
  - 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.
  - מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 1-5-2013 לתקופה העולה על 6 חודשים.
- יובהר כי אם בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי, 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".**

## 2. מועד קרות מקרה הביטוח

הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט לעיל, המבוסס על הבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינו בתחום מומחיותו.

## 3. סכום הביטוח

- 3.1 בקרות מקרה הביטוח הראשון במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 50,000 ש"ח.
- 3.2 בקרות מקרה ביטוח שני במהלך תקופת הביטוח, יפצה המבטח את המבוטח בסך 50% מסכום הביטוח המירבי - 25,000 ש"ח - בהתקיים התנאים הבאים:
  - 3.2.1 המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי עבור גילוי אותה מחלה. על האף האמור, המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין גילוי חוזר של מחלה הסרטן בחלוף 5 שנים מתום מועד הטיפול האחרון בגין מקרה הסרטן הקודם, לרבות בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת או שתהיה בתקופת הביטוח הבאה אצל אותו מבטח.
  - 3.2.2 הזכאות לקבלת פיצוי בפעם השנייה מותנית בכך שחלפה תקופה בת 24 חודשים מהמועד בו התגלתה המחלה שזיכתה בפיצוי בפעם הראשונה.
  - 3.2.3 המבוטח יהיה זכאי לעד שני תשלומי פיצוי במהלך תקופת הביטוח.
- 3.3 על אף האמור בסעיף 3.1, לעניין הכיסוי הביטוחי בגין גילוי מחלת הסרטן, הפיצוי במקרה של גילוי סרטן מוקדם או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים מקומיים - (in situ): סרטן השד, סרטן ערמונית או סרטן צוואר הרחם אשר מחייב ניתוח ו/או הקרנות ו/או טיפול כימותרפי, הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3.1.
- 3.4 על אף האמור בסעיף 3.1 הפיצוי עבור צנתור טיפולי (לא אבחוני) באמצעות בלוו או סטנט הינו בשיעור 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב בס' 3.1.
- 3.5 מבטח יהיה זכאי להרחיב את הכיסוי הביטוחי ולרכוש תמורת תשלום דמי ביטוח נוספים, סכום ביטוח נוסף בסך 50,000 ש"ח, או סכום ביטוח נוסף בסך 100,000 ש"ח.

## 4. חריגים

בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב', המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה 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, והמבוטח יהיה משוחרר מדמי הביטוח בגין פרק זה.

## 6. תקופת האכשרה

לפי פרק זה היא - 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

**1. הגדרות**

- בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:**
- 1.1 **זקק:** פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
  - 1.2 **פטירה:** 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 **נכות:** 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.
  - 1.4 **נכות מלאה/חלקית צמיתה:** 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.
  - 1.5 **שבר:** פגיעה בשלמות העצם עם שינוי או ללא שינוי בצורתה המקורית (למעט שבר ספונטני - שבר הנגרם מעצמו), המוכחת בצילום אבחנות.
  - 1.6 **כוויה:** 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).
  - 1.7 **כוויה מדרגה שנייה:** כוויה הפוגעת מעבר לשכבת העור החיצונית (אפידרמיס) היוצרת שלפוחיות.
  - 1.8 **כוויה מדרגה שלישית:** כוויה ההורסת את מלוא עובי העור.
  - 1.9 **יד:** כל אחת משתי הגפיים העליונות של האדם (לא כולל אצבעות ושורש כף היד).
  - 1.10 **רגל:** כל אחת משתי הגפיים בגוף האדם המשמשות להליכה (לא כולל הקרסול, כף הרגל ואצבעות כף הרגל).
  - 1.11 **גולגולת:** כל עצמות הגולגולת והפנים, לא כולל עצמות האף והשיניים אשר תחשבנה כעצם אחר.
  - 1.12 **אגן:** כל עצמות האגן אשר תחשבנה עצם אחר.

**2. ביטוח נכות או פטירה כתוצאה מתאונה**

- 2.1 **מקרה הביטוח**

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 חמרתה, גובשה במהלך 3 שנים מקרות מקרה הביטוח.
- 2.2 **מועד קרות מקרה הביטוח**

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

#### כסום הביטוח במקרה של פטירה כתוצאה מתאונה

במקרה ביטוח שבו מת המבוטח כתוצאה מתאונה, ישלם המבטח למבוטח או למוטב או ליורשי המבוטח או למבצעי צוואתו כסום ביטוח כלהלן:

גיל	כסום ביטוח
עד גיל 50	159,420 ₪
51-60	79,710 ₪
61-65	53,140 ₪
גיל 66 ואילך	26,570 ₪

### 2.4

#### כסום הביטוח במקרה של נכות מלאה צמיתה

א. כסום הביטוח המרבי בגין נכות מלאה צמיתה (100% נכות צמיתה) הוא כלהלן:

גיל	כסום ביטוח
עד גיל 50	159,420 ₪
51-60	79,710 ₪
61-65	53,140 ₪
66 ואילך	26,570 ₪

ב. אם נקבעה למבוטח נכות בשיעור של 75% או יותר יהיה זכאי למלוא כסום הביטוח כמפורט בסעיף א. לעיל.

### 2.5

#### כסום הביטוח במקרה נכות חלקית צמיתה

אם נגרמה למבוטח נכות חלקית צמיתה, ישלם המבטח למבוטח תגמולים בשיעור הנכות שנקבעה למבוטח, מתוך כסום 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 שבגיניו נגרמו לו מספר פגיעות שכל אחת מהן מזכה באחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעה הראשונה עם אחוזי הנכות שנקבעו עבור הפגיעות הנוספות. שיעור הנכות הצמיתה יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור הנכות שנקבעו עבור הפגיעות האחרות.

2.6.2 אם במהלך תקופת הביטוח אירע למבוטח מקרה ביטוח שבגיניו נקבעו למבוטח אחוזי נכות, ולאחר מכן אירע מקרה ביטוח נוסף שבגיניו נקבעו אחוזי נכות, ישוקללו אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה הביטוח הראשון עם אחוזי הנכות שנקבעו עקב מקרה הביטוח הנוסף. שיעור הנכות הצמיתה עקב מקרה הביטוח השני יחושב מתוך ההפרש שבין 100 אחוז לבין שיעור הנכות שנקבע באירוע הראשון.

2.6.3 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.

2.6.4 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.

2.6.5 מובהר בזאת כי בכפוף לאמור בס' 6 בפרק ב - חריגים כלליים, המבטח יהיה מנוע מלטעון כי הוא פטור משלום 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.

2.6.6 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 (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 תעסוקתי שימונה ע"י יועץ הביטוח. המבטח יישא בעלות שכר טרחתו של הרופא התעסוקתי.

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. ביטוח שבר כתוצאה מתאונה

### 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 10,628 ₪.

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 השיכמה)
3%	כף רגל ואצבעות	35%	יד
3%	אף	35%	רגל

3.3.2 אם כתוצאה מאותו אירוע שבר תאונתי נשברה יותר מעצם אחת, יחבורו 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 10,628 ₪.

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

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 חבותו 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 בגינה 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 לשיבה 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 בעל הפוליסה 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 בסופוגנים 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 במקרה של אי כושר מלא כתוצאה ממחלה או תאונה 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 638 ש"ח 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. הוצאות רפואיות עקב תאונה

### 6.1 מקרה הביטוח

טיפול רפואי שקיבל המבוטח עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.

### 6.2 תגמולי ביטוח

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד לסכום בסך של 5,314 ₪ לכל מקרה ביטוח מהוצאותיו בגין שירותים רפואיים ושירותי שיקום, ועד שיעור 80% ועד לסכום של 21,256 ₪ עבור הוצאות שירותי ניתוח ואשפוז לרבות עבור ניתוחים קוסמטיים עקב תאונה.

### 6.3 שירותים רפואיים עקב תאונה

שירותים רפואיים לעניין פרק זה: פינוי רפואי ממקום התאונה, בדיקות אבחון, ניתוחים (לרבות ניתוחים קוסמטיים הנדרשים עקב התאונה) ו/או טיפולים מחליפי ניתוח, טיפולי פיזיותרפיה ושיקום, טיפולים ברפואה משלימה, טיפולים פסיכולוגיים, אביזרים רפואיים, טיפולים דנטליים 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.

## 7. פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה

- 7.1 מקרה הביטוח:**  
אשפוזו של המבוטח בבית חולים עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח.
- 7.2 תגמולי הביטוח**
- 7.2.1 מבוטח שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי יומי בסך 215 ₪ לכל יום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז, ולתקופה מרבית של 60 ימים.
- 7.2.2 בנוסף, מבוטח שאושפז בבית חולים ציבורי, יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 80% ועד לסכום של 510 ₪ עבור הוצאות שירותי אחות פרטית או השגחה, סיוע וטיפול סיעודי, החל מהיום שאחרי יום האשפוז ועד 21 ימי אשפוז רציפים.
- 7.3 אשפוז חוזר**  
אם במהלך 3 חודשים אושפז המבוטח יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח, יחושבו 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.

## 8. חריגים לפרק זה

- בנוסף לחריגים כלליים - פרק ב' בפרק זה יחולו החריגים הבאים:**
- 12.1 מוות כתוצאה ממחלה.**
- 12.2 נכות כתוצאה ממחלה, ושלא נגרמה כתוצאה מתאונה.** יובהר כי תכוסה מחלה אם יקבע שהמחלה נבעה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. כמו כן יובהר כי הידיבקות מנגיף או וירוס לא תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו.
- 12.3 נכות נפשית, על אף האמור, תכוסה נכות נפשית שנגרמה עקב תאונה המכוסה בפוליסה, שגרמה גם לנכות צמיתה פיזית של לפחות 15%.**
- 12.4 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין נכות כתוצאה מתאונה אם הנכות נגרמה כתוצאה ישירה של טיפול רפואי ובתנאי שהמבוטח היה מודע לסיכון הספציפי ממנה נגרמה הנכות טרם הטיפול הרפואי, ולמעט אם הטיפול או הטיפול הרפואי נדרש עקב תאונה כהגדרתה עפ"י פוליסה זו.**
- 12.5 קרינה יונית או גרעינית, קרינה או זיהום רדיו אקטיביים, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית, בעירת דלק גרעיני.**
- 12.6 פעולה תחת השפעה של סמים או תרופות שלא נרשמו על ידי רופא מוסמך.**
- 12.7 פעולה פלילית של המבוטח מסוג פשע או עוון.**
- 12.8 נסיעה בכלי טיס שאינו מורשה כחוק.**
- 12.9 ספורט מקצועני של המבוטח: פעילותו של המבוטח שגילו מעל 18 שנים כספורטאי רשום בקבוצת ספורט או השתתפות במרוצי תחרות מקצועני למיניהם. למען הסר ספק, השתתפותו של המבוטח במסגרת הליגה למקומות עבודה ו/או חוגי ספורט, מכון כושר, ו/או תחרויות ספורט עממי, שאין שטרם בצידין, לא תיחשב כפעילות במסגרת קבוצת ספורט.**
- 12.10 השתתפות המבוטח בספורט אתגרי כמפורט להלן: ציד, טיפוס הרים בעזרת מדריכים וחבלים, גלישה מצוקים, צלילה לעומק העולה על 30 מטר, צניחה (או שימוש במצנח מכל סוג שהוא), גלישה או דאייה באוויר.**
- 12.11 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בפרק זה, לפי העניין.**



## רובד רשות חמישי

### פרק טו - פיצוי שבועי בגין אי כושר מלא (תוקף הביטוח לפרק זה יסתיים ב-31.8.2022)

#### 1. הגדרות

- בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א, תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:
- 1.1 **נזק:** פגיעה או ליקוי גופני או נפשי.
  - 1.2 **פטירה:** 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 **אי כושר מלא:** 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 **שעות עבודה:** ממוצע שעות העבודה השבועיות שעבד המבוטח ב- 12 השבועות שטרם קרות מקרה הביטוח.
  - 1.5 **ריתוק לבית:** 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. אי כושר מלא

- 2.1 **מקרה הביטוח**

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 ההמתנה 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 67 שנים, ונמצא במצב של אי כושר מלא, יהיה זכאי

בחלוף תקופת ההמתנה בת 60 ימים, לפיצוי שבועי בגין אי כושר מלא בסכום של 638 ₪ 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 המקסימלי לרובד זה הוא 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 ו - הוצאות רפואיות מיוחדות, יהיה זכאי לפיצוי נוסף עבור תקופת ההמתנה (60 ימים) שחלפה. (פרינציפ"ה).

## 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 638 ₪ 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 638 ₪ 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 לביור 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 חשבוננו של המבטח, או להמציא אישורים רפואיים לצורך קביעת תקופת אי הכושר הבאה.

## 2.10 ביטוח עבור מבטח שהינו תלמיד או סטודנט

2.10.1 מבטח שטרם התגייס לשירות חובה בצה"ל או שירות לאומי, יהיה זכאי לפיצוי של 638 ₪ לכל שבוע בגין היעדרות ממוסד חינוכי/לימודי, כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח. הזכאות תהיה לאחר תקופת המתנה בת 60 ימים, ותהיה ולתקופה מרבית בת 260 שבועות. יובהר כי מבטח שטרם מלאו לו 3 שנים לא יהיה זכאי לפיצוי על פי סעיף זה.

2.10.2 בנוסף לאמור בס"ק 2.10.1 לעיל, מבטח 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 12,754 ₪.

## 3. הכשרה מקצועית

### 3.1 מקרה הביטוח

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

### 3.2 תגמולי הביטוח

מבטח 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 המבטח במהלך תקופת הביטוח, עקב היותו במצב של אי כושר מלא או מרותק לביתו או במקרה של היעדרות מלימודים, לפי העניין.

### 4.2 תגמולי הביטוח

מבטח 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 2.4.1 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. חריגים לפרק זה

5.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין תאונה או מחלה אשר אירעה בתקופה בה קיבל המבטח 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 המבטח 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 כויה, 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.







## מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957

פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: Mailh@ayalon-ins.co.il

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

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

לשירותך:



סוכנות ביטוח בהתאמה אישית

**נכונים - סוכנות ביטוח בהתאמה אישית**

טלפון: 1-700-720-012

דוא"ל: [mtov@ayalon-ins.co.il](mailto:mtov@ayalon-ins.co.il)

**"פמי פרימיום" - ספק שירותי בריאות בכתבי שירות בפוליסה**

טלפון: 03-5688145

טלפון מוקד שירות לקוחות: 03-5688108

אתר: [www.femi.com](http://www.femi.com)

