

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות

מהדורת 2020



תוכן עניינים

4	גילוי נאות
6	תמצית תיאור הכיסויים
14	תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה
25	פרק א' 1 - השתלוח בחו"ל
28	פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל
30	פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל
32	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
37	פרק ג' - טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל
39	פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מהשקל הראשון (אחידה)
42	פרק ה' - שירותים נוספים
44	פרק ו' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח
45	פרק ז' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים
52	פרק ח' - חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל
53	פרק ט' - רפואה משלימה

גילוי נאות לביטוח בריאות קבוצתי

סעיף	תמצית תנאי הפוליסה
סוג הביטוח	השתלות בחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה), שירותים נוספים, פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה, טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים, חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל, רפואה משלימה.
תיאור הביטוח	פוליסה מלאה השתלות בחו"ל - פרק א' 1 טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' 2 ניתוחים בחו"ל - פרק א' 3 תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד' שירותים נוספים - פרק ה' פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו' טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ז' חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל - פרק ח' רפואה משלימה - פרק ט' רובד בסיס (עבור בני המשפחה) השתלות בחו"ל - פרק א' 1 טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' 2 ניתוחים בחו"ל - פרק א' 3 תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד' שירותים נוספים - פרק ה' פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	פרק א' 1-3 - סעיף 4 פרק ב' - סעיף 4 פרק ד' 1-2 - סעיף 5
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח יש אפשרות לתבוע ולקבל תגמול (תקופת אכשרה)¹	פרק ה' - סעיף 1.4 - 6 חודשים . פרק ז' - סעיפים 1.7, 1.6 - 6 חודשים.
השתתפות עצמית	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות השתתפות עצמית 150 ₪ למרשם לחודש ולא יותר בעבור 2 מרשמים. פרק ה' - שירותים נוספים - 20% השתתפות עצמית בכל הסעיפים למעט סעיף 1.3. פרק ז' - שירותים אמבולטוריים - 20% השתתפות עצמית בכל הסעיפים למעט סעיפים: 1.8, 1.9, 1.19, 1.20, 1.21, 1.22, 1.23, 1.26. פרק ח' - חוות דעת נוספת בחו"ל - 20% השתתפות עצמית. פרק ט' - רפואה משלימה - 50% השתתפות עצמית.

חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.		האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים																												
דמי הביטוח החדושיים בש"ח יהיו כלהלן:		עלות הביטוח (פרמיות)																												
<table><tr><td rowspan="12">מבוטחים</td><td>הפוליסה המלאה פרקים א' - ט'</td></tr><tr><td>מסלול מ"השקל הראשון" פרק ד'</td></tr><tr><td>מבוטח עד גיל 55 כולל</td></tr><tr><td>בן/בת זוג עד גיל 55</td></tr><tr><td>מבוטח מעל גיל 55 ועד גיל 66</td></tr><tr><td>בן/בת זוג מעל גיל 55 ועד גיל 66</td></tr><tr><td>מבוטח בן 67 ומעלה</td></tr><tr><td>בן/בת זוג מעל גיל 67</td></tr><tr><td>ילד עד גיל 30</td></tr><tr><td>ילד מעל גיל 30</td></tr><tr><td>בית אב עד גיל 55 (בן/ת זוג עד גיל 55 וכל הילדים עד גיל 30)</td></tr><tr><td>התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.</td></tr></table>			מבוטחים	הפוליסה המלאה פרקים א' - ט'	מסלול מ"השקל הראשון" פרק ד'	מבוטח עד גיל 55 כולל	בן/בת זוג עד גיל 55	מבוטח מעל גיל 55 ועד גיל 66	בן/בת זוג מעל גיל 55 ועד גיל 66	מבוטח בן 67 ומעלה	בן/בת זוג מעל גיל 67	ילד עד גיל 30	ילד מעל גיל 30	בית אב עד גיל 55 (בן/ת זוג עד גיל 55 וכל הילדים עד גיל 30)	התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.															
מבוטחים	הפוליסה המלאה פרקים א' - ט'																													
	מסלול מ"השקל הראשון" פרק ד'																													
	מבוטח עד גיל 55 כולל																													
	בן/בת זוג עד גיל 55																													
	מבוטח מעל גיל 55 ועד גיל 66																													
	בן/בת זוג מעל גיל 55 ועד גיל 66																													
	מבוטח בן 67 ומעלה																													
	בן/בת זוג מעל גיל 67																													
	ילד עד גיל 30																													
	ילד מעל גיל 30																													
	בית אב עד גיל 55 (בן/ת זוג עד גיל 55 וכל הילדים עד גיל 30)																													
	התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.																													
<table><tr><td rowspan="12">מבוטחים</td><td>רובד בסיס פרקים א' - ו'</td><td>בסיס</td></tr><tr><td>מסלול מ"השקל הראשון"</td><td>פרקים א'-ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>94 ₪</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>215 ₪</td><td></td></tr><tr><td></td><td>230 ש"ח</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>23 ₪</td><td></td></tr><tr><td>97 ₪</td><td></td></tr><tr><td>136 ₪</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.</td></tr></table>			מבוטחים	רובד בסיס פרקים א' - ו'	בסיס	מסלול מ"השקל הראשון"	פרקים א'-ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד					94 ₪				215 ₪			230 ש"ח			23 ₪		97 ₪		136 ₪		התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.		
מבוטחים	רובד בסיס פרקים א' - ו'	בסיס																												
	מסלול מ"השקל הראשון"	פרקים א'-ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד																												
	94 ₪																													
	215 ₪																													
		230 ש"ח																												
	23 ₪																													
	97 ₪																													
	136 ₪																													
התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.																														
מדד שפורסם ביום 15.01.2020 (12427 נקודות).		מדד הפרמיה																												
פרמיה משתנה לפי קבוצות גיל.		מבנה הפרמיה																												

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

תמצית תיאור הכיסויים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק א' - השתלות בחו"ל		
השתלות בחו"ל	השתלת איברים שבוצעה ו/או תבוצע ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.	שיפוי מלא.
הוצאות רפואיות נלוות לפרק השתלות/טיפול מיוחד בחו"ל <u>סעיפים 1.3.13 - 1.3.5</u>	- כיסוי הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל. - במקרה של מבטוח ילד עד גיל 21 יינתן כיסוי עבור 2 מלווים. - כיסוי להוצאות הטסה רפואית כולל ליווי רופא מלווה, והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל. - כיסוי להוצאות שהייה של המבטוח ומלווה. במידה שהמבטוח הוא ילד עד גיל 21, יינתן כיסוי עבור 2 מלווים. - כיסוי עבור העברת גופת המבטוח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה. - כיסוי למשתלים מיוחדים או רגילים או מפרשי תרופות המושתלים או מורכבים בגופו של המבטוח. - כיסוי להוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל ובחזרה לייעוץ ו/או לביצוע ההשתלה. - כיסוי להוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבטוח להוציא בחו"ל או בארץ ע"פ הוראה רפואית, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה בתחום.	1,500,000 ₪
	כיסוי הוצאות לטיפול המשך בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה בארץ או בחו"ל.	עד תקרה של 206,000 ₪
	כיסוי הוצאות עבור חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות ו/או תאי אב, וכן כיסוי עבור הוצאות שימוש או ההשתלה לב מלאכותי עד למציאת תורם.	עד תקרה של 515,000 ₪
השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות <u>סעיף 1.3.14</u>	במקרה של ביצוע ההשתלה המכוסה על-פי הפוליסה, למעט ההשתלת קרנית, מח עצם עצמית. זכאות לגמלה נוספת "גמלת החלמה", תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בישראל.	6,690 ₪ למשך 24 חודש.
פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות <u>סעיף 1.4</u>	אבחנה מתועדת להתקיימות הצורך בהשתלת איברים למעט במקרה של מח עצם עצמית, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי וכן השתלת קרנית. התשלום עבור פיצוי בעד השתלת איברים בכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז להשתלות בישראל המעיד על רישום המבטוח ובטרם ביצוע ההשתלה.	360,000 ₪ .
בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטוח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה; ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל		
טיפולים מיוחדים בחו"ל סעיף 2.2	טיפול מיוחד בחו"ל	אם תואם מראש עם המבטח - שיפוי מלא. אם לא תואם מראש עם המבטח - עד 1,800,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
טיפול נסיוני בחו"ל סעיף 2.4	יכוסה טיפול נסיוני מציל חיים בחו"ל אשר הטיפול ממומן ע"י גורם שלישי (להלן: מבצע הנסיון). יינתן כיסוי להוצאות הנלוות, רפואיות שלא מכוסות ע"י הגורם המממן בחו"ל:	עד תקרה של 100,000 ₪.
	• עלות בדיקות הרפואיות הנלוות. • הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול.	עד 40,000 ₪ למבוטח ומלווה. עד 60,000 ₪ במקרה של קטין ו-2 מלווים.
	• הוצאות הטסה רפואית מיוחדת כולל ליווי רופא וציוד, הוצאות העברה יבשתית סבירה משדה התעופה לבית החולים וחזרה.	עד תקרה של 100,000 ₪.
	• הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול במבוטח. עד לתקופה של שנה.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה. עד 1,500 ₪ ליום לקטין ו-2 מלווים.
פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל		
ניתוחים בחו"ל סעיף 3.2 סעיף 3.5	ביצוע ניתוח בחו"ל	שיפוי מלא
	שיפוי בגין הוצאות נסיעה או הוצאות שהייה של המבוטח והמלווים	עד 60,000 ש"ח למבוטח ומלווה. במקרה של ילד עד גיל 21 - עד תקרה של 100,000 ש"ח
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות		
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות סעיף 1	• שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואשרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. • שיפוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. • שיפוי לתרופה המוגדרת כ- off label • שיפוי לתרופת יתום • שיפוי לתרופות מכוח סעיף 29 ג'	עד 3,000,000 ₪ לתקופה של שנתיים, ומתמלא כל 24 חודשים.
	• שיפוי לתרופה המוגדרת IND • שיפוי לתרופות שלא מכוסות בסעיפים לעיל ונמצאו מתאימות בבדיקות גנטיות ו/או בבדיקה גנומית ע"פ המלצת רופא המטפל.	עד תקרה של 1,000,000 ₪.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
	שיפוי קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן ע"פ הנחיה של רופא מומחה למבוטח החולה במחלת הסרטן.	עד 1,000 ₪ לחודש קלנדרי ועד תקרה של 20,000 ₪ לתקופת הביטוח.
טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה <u>סעיף 3.3</u>	כיסוי להוצאות הקשורות במתן התרופה / הזרקת תרופה / עירוי וכדומה.	עד 5,700 ₪ לכל סדרת טיפולים
בדיקות לאיפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן <u>סעיף 3.6</u>	שיפוי בגין בדיקות לקביעת צורכי טיפול במחלת הסרטן, סיוע בקבלת החלטה טיפולית, סיוע בהתאמת התרופה, איתור מקום הגילוי ועוד, ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.	עד 60,000 ₪ ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
פרק ג' - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים <u>סעיף 4.1</u>	טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	טיפול שבוצע עם ספק שבהסכם - שיפוי מלא. טיפול שבוצע עם ספק שאינו בהסכם עד 200% מעלות שכן ספק השירות בארץ או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף, אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.
הוצאות בגין שירותים נוספים <u>סעיף 5</u>	- התייעצות אחת עם רופא מומחה. - הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע הטיפול המחליף ניתוח במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל.	עד 1,200 ₪. עד 150,000 ₪.
פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"השקל הראשון" (אחידה)		
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>סעיף 2</u>	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצות בשנת ביטוח ועד 1,500 ₪ לכל התייעצות. - שכר מנתח. - שכר מרדים. - הוצאות חדר ניתוח. - הוצאות אשפוז. כולל אשפוז טרום ניתוח. - הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח והאשפוז. - שתלים. - תרופות במהלך אשפוז. - טיפול מחליף ניתוח.	ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם ספק שבהסדר - שיפוי מלא ביצוע ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם ספק שאינו בהסדר - עד תקרת ספק שירות שבהסדר, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
פרק ה' - שירותים נוספים		
התייעצות עם רופא מומחה <u>סעיף 1.1</u>	התייעצות עם רופא מומחה (למעט רופא ילדים, רופא משפחה, וגניקולוג המטפל בשגרה).	80% מההוצאה ועד 800 ₪ עבור התייעצות אחת בשנת ביטוח. במידה ומבוטח פנה לשב"ן למימוש הזכאות תקרת ההחזר תגדל עד 1,400 ₪ להתייעצות.
בדיקות אבחנתיות <u>סעיף 1.2</u>	כיסוי לבדיקות אבחנתיות, בדיקות מעבדה, בדיקות דם, בדיקות הדמיה, ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה כיום או בעתיד (וכפי שמפורט בפרק זה בפוליסה).	80% מההוצאות ועד תקרה של 5,660 ₪ לכל בדיקה בשנת ביטוח. ולא יותר מ-15,500 ₪ לכל הבדיקות לשנת ביטוח.
טיפולים /ייעוציים אונקולוגיים <u>סעיף 1.3</u>	שיפוי בגין טיפולים אונקולוגים, טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ועוד.	עד 103,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
בדיקות ושירותים לנשים בהריון <u>סעיף 1.4</u>	שיפוי עבור בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של העובר, שקיפות עורפית, אקו לב של העובד, מי שפיר, סיס' שלייה, חלבון עוברי, ועוד.	80% מההוצאות בפועל ועד 2,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במידה ומבוטחת פנתה לשב"ן למימוש הזכאות תקרת ההחזר תגדל עד 3,000 ₪.
פרק ו' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה		
ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוח או טיפולים שברשימה <u>סעיף 1</u>	- הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז. למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה. - צנתור לטיפול בהידרוצלה ו/או ווריקולצה וניתוח להפרדת הידבקות תוך ריחמיות, תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI	עד 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח
פרק ז' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים		
רפואת מומחים והתייעצויות <u>סעיף 1.1</u>	התייעצות עם רופא מומחה - (למעט רופא משפחה, רופא ילדים, וגניקולוג המטפל בשגרה).	80% מההוצאות ועד 1,200 ₪ להתייעצות אחת בשנת ביטוח. במידה ומבוטח פנה לשב"ן למימוש הזכאות יהיה זכאי להתייעצות אחת נוספת בשנת ביטוח ועד תקרה של 1,200 ₪.
בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון <u>סעיף 1.2</u>	אבחון גנטי לגילוי נישאות גנים סרטיים ו/או גנים של מחלות אחרות. פעם אחת לכל תקופת הביטוח.	80% מההוצאות ועד תקרה של 4,450 ₪ לכל תקופת הביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפולים פיזיותראפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אחר	טיפול בגין טיפולים פיזיותראפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אחר. הטיפול כפוף להמצאת הפנייה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי.	80% מההוצאה ועד תקרה של 250 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח.
אח/ות פרטית/ת	טיפול להוצאות העסקת אח/ות פרטית/ת מוסמך/ת לצורך שמירה על מבטח במהלך אשפוז בבית חולים ובכפוף להמלצה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי.	80% מההוצאות ועד 800 ₪ ליום לתקופה מרבית של 14 ימי אשפוז.
טיפולי ושירותי הפריה סעיף 1.5	- טיפול להוצאות בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכל טיפול ושירות רפואי לצורך הפריה ו/או פריון שתכליתו כניסת המבוטחת להריון. - טיפול הפריה שבוצעו בחו"ל זכאות לטיפול אחד לרבות טיפול הכולל השתלת ביצית, תרומת ביצית וכל הוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה. - למען הסר ספק בן/ת זוג שאינם מבוטחים בפוליסה לא יהיו זכאים לתשלום הוצאות בגין הטיפולים. - טיפול להוצאות שירותי פונדקאות ובתנאי שמבוצע עקב מצב רפואי לקוי ו/או מחלה. במקרה ששני בני זוג מבוטחים ישולמו תגמולי ביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג. - טיפול להוצאות שמירת ביציות לטווח ארוך לרבות בשיטת וטרי פיקציה שמבוצע עקב מצב רפואי לקוי ו/או מחלה.	עד תקרה של 40,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. 80% מההוצאות בפועל ועד תקרה של 26,800 ₪. 80% מההוצאה ועד 80,000 ₪. עד 41,200 ₪ ובכפוף ל 20% השתתפות עצמית.
בדיקות ושירותים לנשים בהריון סעיף 1.6	סקירה מוקדמת או מאוחרת, שקיפות עורפית, אקו לב של עובר, מי שפיר או סיסיליה, חלבון עוברי, כרומוזום תסמונת דאון, צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT, בדיקת PGD או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	80% מההוצאות אך לא יותר מ-2,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד לכל ההריון. במידה ומבוטחת פנתה לשב"ן למימוש הזכאות, 80% מההוצאות ועד תקרת 3,000 ₪. במקרה של תאומים 80% מההוצאות אך לא יותר מ-8,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד לכל ההריון. במידה ומבוטחת פנתה לשב"ן למימוש הזכאות 80% מההוצאות ועד תקרת 9,000 ₪.
	צ'יפ גנטי / מי שפיר (תקרה מיוחדת)	80% מההוצאה ועד 3,000 ₪.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי – כיסוי משלים שב"ן סעיף 1.7	אבחון גנטי טרום לידתי והתייעצות עם גנטקאי בנוגע לתוצאות הבדיקות - על פי רשימת הבדיקות המפורטת בסעיף זה בתנאי הפוליסה. כיסוי זה יינתן פעם אחת לכל הריון ובכפוף למימוש הזכויות בשב"ן.	80% מההוצאות ועד 2,200 ₪.
הפסקת הריון באמצעות גולות מייפיגין סעיף 1.8	בכפוף לאישור וועדה רפואית (עד שבוע שבעי).	עד 3,600 ₪ כולל עלות הוועדה.
פסיכולוגיה רפואית סעיף 1.9	טיפולים פסיכולוגים בעקבות גילוי מחלה קשה - שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המותאמים למאפייני החולה ומלווה אותו לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו.	500 ₪ לייעוץ ועד 4 פעמים לתקופת הביטוח.
בדיקות לרפואה מונעת למבוטח מעל גיל 50 סעיף 1.10	ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, בדיקה לגילוי סרטן כרכשת - לחלולת (פי הטבעת).	עד 360 ₪ לבדיקה, אחת לכול 3 שנים (לכל בדיקה) ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סינוך סעיף 1.11	הזרקת חומרי סינוך למפרקים ו/או לעמוד השדרה - אורטוקין, חומצה היאלורונית, אפידורל, הזרקות PRP, קורטיזון, וולטרן, בוטוקס רפואי. לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק. בכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי. לא יכוסו טיפולים/ הזרקות למטרות קוסמטיות. אסטטיות.	עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. תקרת הכיסוי עד 10,000 ₪ לכל שנתיים וחצי ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים – משלים שב"ן סעיף 1.12	שיפו בגין רכישת אביזר רפואי לו נזקק המבוטח עקב מצבו הרפואי על פי הפנייה מפורטת בכתב מאת רופא מומחה בתחום הרלוונטי המפרטת את הבעיה הרפואית והצורך באביזר וחומר רפואי מגבה. על פי רשימת האביזרים המפורטת בסעיף זה בתנאי הפוליסה.	80% מההוצאה ועד תקרה של 10,000 ₪ בגין כל האביזרים לכל שנת ביטוח.
אבחון בעיות התפתחות ילדים/ לקוי למידה סעיף 1.13	החזר בגין רכישת זוג מדרסים ובכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 1.12.2 בתנאי הפוליסה.	75% מההוצאות ועד 1,700 ₪ לשנת ביטוח.
טיפול בבעיות התפתחות בילדים סעיף 1.14	שיפו להוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או ע"י מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות MOXO, BRC, TOVA. הזכויות הינה עבור ילדים עד גיל 18 המבוטחים בפוליסה.	עד 1,900 ₪ ל-3 פגישות ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
	שיפו לטיפולים בהתפתחות הילד ו/או ליקוי למידה ו/או אשר אובחנו אצל ילד מבוטח על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד בכפוף להפנייה מרופא ניוירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג בעל תעודת הסמכה רלוונטית. הזכויות הינה עבור ילדים עד גיל 18 המבוטחים בפוליסה.	80% מעלות הטיפול אך לא יותר 155 ₪ לטיפול, עד 16 טיפולים בשנת ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia <u>סעיף 1.15</u>	שיפוי להוצאות טיפול שיקום כושר הדיבור ו/או הראייה בהיות מבוסס במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור ו/או הראייה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור ו/או הראייה.	עד 155 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
התעמלות שיקומית <u>סעיף 1.16</u>	שיפוי עבור הוצאות התעמלות שיקומית בעקבות אירוע לב או אירוע רפואי אחר המצריך התעמלות שיקומית אצל מטפל בעל תעודת הסמכה רלוונטית.	80% מההוצאה ועד 250 ₪ לחודש ולתקופה של עד 12 חודשים לכל מקרה ביטוח.
מנוי למשדר קרדילוגי <u>סעיף 1.17</u>	שיפוי עבור דמי מנוי למשדר קרדילוגי	80% מההוצאה ועד 206 ₪ לחודש לתקופה של עד 24 חודשים לכל מקרה ביטוח.
בעיות הרטבה לילדים - כיסוי משלים שב"ן <u>סעיף 1.18</u>	שיפוי הוצאות עבור טיפול למניעת הרטבה ולכלוך תחתונים אצל ילדים מעל גיל 6. הזכאות הינה עבור ילדים עד גיל 18 המבוטחים בפוליסה ובכפוף למיצוי השב"ן תחילה.	80% מההוצאה ועד 500 ₪ לתקופת ביטוח.
שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי <u>סעיף 1.19</u>	שיפוי הוצאות בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי בעת העברתו של המבוטח לבית חולים ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי.	שיפוי מלא
הוצאות בגין בדיקה פתולוגית <u>סעיף 1.20</u>	שיפוי הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, בדיקות אימונוהסטכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על ידי הרופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח. וכן תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל. כיסוי זה יחול גם על בדיקה פתולוגית המתבצעת שלא לצורך ניתוח.	שיפוי מלא
ימי החלמה <u>סעיף 1.21</u>	שיפוי בגין הוצאות החלמה למבוטח שעבר אירוע רפואי המחייב החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי. למען הסר ספק שהייה במלנוית לאחר לידה לא תיחשב כמוסד החלמה.	עד 720 ₪ ליום ועד 14 ימי החלמה.
טיפול ע"י מקרופאגים <u>סעיף 1.22</u>	שיפוי לטיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת, הכיסוי יינתן בעת שהייה בבית חולים ו/או בבית החלמה ו/או בבית.	עד 11,000 ₪ לטיפול.
מוות כתוצאה מניתוח <u>סעיף 1.23</u>	פיצוי חד פעמי במקרה מות מבוסס במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח.	103,000 ₪.
טיפול בתא לחץ <u>סעיף 1.24</u>	שיפוי לטיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה בכתב של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 10,500 ₪ ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפולים בכאב <u>סעיף 1.25</u>	שיפוי הוצאות בגין טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד שידרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף או לא. לרבות החומר המוזרק. ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלה רשתית <u>סעיף 1.26</u>	שיפוי הוצאות בגין הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלה רשתית. ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 2,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ-10,000 ₪ לסדרת הזרקות בכל תקופת הביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול.
טיפול בגלי הלם <u>סעיף 1.27</u>	שיפוי הוצאות בגין טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ, ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 3,500 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
הזרקות לטיפול בהזעת יתר <u>סעיף 1.28</u>	שיפוי בגין הזרקות לטיפול בהזעת יתר, לרבות עלות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים. בכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי. לא יכוסו טיפולים/הזרקות למטרות קוסמטיות אסתטיות.	עד 6,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
הזרקות לוורידים הגפיים <u>סעיף 1.29</u>	שיפוי בגין הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי, לרבות עלות החומר המוזרק. בכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי. לא יכוסו טיפולים/הזרקות למטרות קוסמטיות אסתטיות.	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
שימוש ברובוט לצורך רפואי <u>סעיף 1.30</u>	שיפוי בגין טיפול רפואי חודרני באמצעות רובוט. מובהר כי טיפול ששולם במלואו במסגרת הפוליסה בפרק אחר, לא יכוסה בפרק זה ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.	40% מעלות הטיפול ועד מקסימום 200% מעלות הפרוצדורה הניתוחית.
פרק ח' - חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל		
חוות דעת שנייה בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל <u>סעיף א'</u>	שיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה ו/או ניתנת ע"י רופאים מחו"ל, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, פענוח נוסף של כל הבדיקות. יובהר כי הכיסוי כולל שליחת תיק רפואי לחו"ל ואינו כולל טיסה של המבוטח לחו"ל לצורך קבלת חוות הדעת.	עד 7,200 ₪. ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
בדיקות המבוצעות בחו"ל <u>סעיף ב'</u>	שיפוי הוצאות בגין עלות הבדיקה, שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול וכמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת	עד 18,500 ₪. ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית.
פרק ט' - רפואה משלימה		
רפואה משלימה	שיפוי הוצאות לטיפול אלטרנטיבי, המכוסה על פי הרשימה המפורטת בפוליסה. בכפוף להפניה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי המגובה בחומר רפואי המפרט את הבעיה הרפואית של המבוטח. יובהר במקרה של רכיבה טיפולית - תתקבל המלצה לפי אבחון דידקטי.	עד 16 טיפולים בשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 50% לכל טיפול ועד 200 ש"ח לכל טיפול.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה.

פוליסת בריאות קבוצתית

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה + נספחיה

1. מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה המבטחת בפוליסה קולקטיבית את המבוטח תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, בגבולות אחריות החברה המבטחת ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה זו.

2. הגדרות:

בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

2.1 החברה המבטחת - איילון חברה לביטוח בע"מ

2.3 תאריך תחילת הביטוח ("המועד הקובע") - 01.06.2020

2.4 המבוטחים הינם:

א. מבוטח קיים -

מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת / גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30, ואשר בחרו להצטרף ולהיות מבוטחים בפוליסה הקודמת.

ב. מבוטח חדש -

מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד / גמלאי קיים ו/או עובד חדש / או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח או מעבר לגיל 30, אך בתעריף ילד מעל גיל 30 ואשר יבחרו להצטרף לפוליסה.

ג. פוליסה קודמת / ביטוח מקורי -

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 12.2002 אשר התנהלה בדקלה חברה לביטוח בע"מ וחודשה ב-1.1.2013 באיילון חברה לביטוח בע"מ, וכל הפוליסות שקדמו לפוליסה זו לדורותיה.

ד.

למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 12.2002 שהתנהלה בדקלה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקורי") וחודשה ב-1.1.2013 באיילון חברה לביטוח בע"מ וכל הפוליסות שקדמו לפוליסה זו לדורותיה. לרבות עובדים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א' - ב' לעיל אשר ביקשו ו/או יבקשו להצטרף לביטוח,

יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת והכול בכפוף לסעיף תנאי ההצטרפות הרצ"ב.

ה. **גמלאי -** מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמות לו אחת מאלה:

(1) קצבה משולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.
(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.

"גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל הפרישה, התשס"ד - 2004.

2.4 **פרמיה -** דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה / המבוטח לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.

2.5 **תקופת אכשרה -** תקופה רצופה הנקובה בסעיפים 1.7 ו-1.8 בפרק ו' וכן בסעיף 1.5 בפרק ה' בפוליסה, המתחילה במועד תחילת הביטוח של המבוטח ומסתיימת בתום התקופה הנקובה, לגבי הכיסוי בסעיף הרלוונטי אשר במהלכה לא יהא המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח עפ"י אותו סעיף. חל אך ורק על סעיפים 1.7 ו-1.8 בפרק ו' וכן בסעיף 1.5 בפרק ה' כמו כן, הנ"ל לא חל על כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם עפ"י סעיף 3 א', ד' לעיל ו-27 להלן בפרק ההגדרות בפוליסה.

2.6 **מדד -** מדד המחירים לצרכן - המדד הכללי המפורסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר כלכלי או כל מדד שיחליף את מדד זה שיפורסם במקומו.

2.7 **המדד היסודי -** מדד חודש אפריל 2020 שפורסם ביום 15 למרץ 2020. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.

2.8 **מנתח / מרדים שבהסכם -** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת, על כל הפרוצדורות שהוא מבצע, במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח.

2.9 **בית חולים שבהסכם -** מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ/שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך מתן שירותים ו/או ביצוע ניתוחים למבוטחים

2.10 **סכום ביטוח -** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.

2.11 **חוק הבריאות -** חוק בריאות ממלכתית תשנ"ד – 1994.

2.12 **קופת חולים -** כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.

- 2.13 שירותי בריאות נוספים" (שב"ן) -** תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
- 2.14 ישראל -** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 2.15 חו"ל -** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.16 בית חולים -** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 2.17 בית חולים פרטי -** בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- 2.18 השתתפות עצמית** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פוליסה זו, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 2.19 אשפוז** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי ו/או במרפאה, לרבות, אך לא רק, תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע, לרבות, אך לא רק, אבחון, ריפוי, שיקום ומעקב רפואי.
- 2.20 יום אשפוז -** יממה של 24 שעות שתחילתן במועד האשפוז ו/או לינת לילה בבית חולים ציבורי או פרטי.
- 2.21 שנת ביטוח -** תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- 2.22 אחות פרטית/ -** אחות פרטית/ בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות ו/או הרשומים במשרד הבריאות.
- 23.** כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזריו. כמו כן, לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה. "מטיבה" לפי דעת בעל הפוליסה.
- 24. "כפל ביטוח":**
- (א) היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית אף אם היה זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- (ב) 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.
- 25.** בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות ההסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי בהירות ו/או דו

- המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, ולהטיב את תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה. "להטיב" לדעת בעל הפוליסה.
26. החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים. אם וככל שהן מטיבות עם מבוטח כלשהו ועם בעל הפוליסה (לפי העניין).
27. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך ביטוח נשוא הסכם זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבוטח בפוליסה הקודמת. יובהר, כי הנ"ל יתאפשר רק בתקופת המבצע כמוגדר בסעיף ההצטרפות שמספרו 39 להלן או במקרה של סיום ביטוח קבוצתי של בן/ת זוג וילדים עקב מועד סיום או עזיבת מקום העבודה של בן/ת הזוג ובכפוף להצגת אישור מחברת הביטוח או מהמעסיק של המועמד לביטוח.
28. למען הסר ספק, תביעה שאושרה בתקופת הביטוח ו/או משולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק, תביעת תרופות, תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי, ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי.
29. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השירות SLA מהווה חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.
30. התיישנות תביעות: תקופת התיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא על פי כל דין בתוספת של שנתיים.
31. בנוגע לתביעות של מבוטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח אירע בתקופה בה הביטוח הקודם היה בתוקף ו/או הזכאות ו/או הזכות לקבלת תגמולי ביטוח נוצרו במועד בו הביטוח הקודם היה בתוקף ו/או אירוע שהביטוח הקודם חב בו ושולם על ידי הביטוח הקודם אך התקרה מוצתה עד תום (לרבות אך לא רק בפרק התרופות), תטופל התביעה ע"י החברה המבטחת ותשולם מהפוליסה החדשה.
32. מתן מסמכים למבוטח:
- (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 שיריה עליהם המפקח.
- (ב). על אף האמור בסעיף א' לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצ"ן- כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה; את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

33. קביעת דמי הביטוח:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים- 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 המבטח;
- 2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח, 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 המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח;
- 6) על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לאשר למבטח מסוים כי לגבי תוכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבטח לפי סעיף זה, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבטחים.

34. מתן הודעות למבטח

א. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי

ב. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

ד. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד

להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

ה. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) תשס"ט-2009 ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

ו. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח 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.

35. ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים

א. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל, 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 לגביי 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 לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביי 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; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

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

36. המשכיות:

א. בתום ההסכם ו/או במקרה של גירושין מעובד/ת או בשל פרידה מידוע/ה בציבור ו/או במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נוחים יותר.

ב. התעריפים הינם התעריפים שיהיו קיימים אצל החברה המבטחת לפוליסת בריאות באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה, למשך 3 שנים ו-15% החל מהשנה הרביעית ואילך, לכל החיים, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

ג. במקרה של פרישה לגמלאות כמוגדר בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ה', יהיו רשאים הגמלאי/ת, בן/ת זוג וילדיו להמשיך להיות מבטחים בפוליסה הקבוצתית ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו. התשלום יבוצע באמצעות אמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי או הוראת קבע.

ד. במקרה של פטירת עובד/ת או גמלאי/ת ימשיכו אלמנתו ויתומיו להיות מבטחים, אם ירצו בכך, כאילו היה העובד / הגמלאי בחיים, ברצף ביטוחי מלא ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, באותם תנאים ומחירים בהם היו מבטחים קודם בהתאם לגילם בעת מימוש זכות זאת, וכמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.

בעל הפוליסה לא יהיה חייב בתשלום פרמיה עבור אותו העובד, וזאת מיום הפטירה. תשלומים ששולמו ביתר על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח – היינו, לאחר מועד הפטירה, יושבו לבעל הפוליסה או למבוטח, לידי מי ששילם אותם. במידה ושאריו של עובד/ גמלאי שנפטר יבקשו להמשיך ולהיות מבטחים הדבר יתאפשר. במקרה והינם זכאים לקצבת שארים מבעל הפוליסה התשלום יבוצע דרך הגמלה ובמידה ואינם זכאים לגמלה יסדירו עם המבטח את דרך תשלום הפרמיות באמצעי גבייה אישי: כרטיס אשראי או הוראת קבע.

יובהר כי, השארים שהינם מבטחים קיימים כיום יהיו רשאים להמשיך להיות מבטחים בפוליסה הקבוצתית.

ה. החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 120 ימים לפי הזכאויות לעיל. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבטח תוך 120 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

ו. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית זה, לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

37. תנאי הצטרפות:

מבטחים קיימים:

37.1 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (בהתאם לפרק ד' 1 מסלול מ"השקל הראשון") לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יוצרפו העובדים שבטוחו במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 א', ג', ד' ו-ה', ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך

במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. בכפוף לכך שתידרש החתמה מחדש של המבוטחים הקיימים בשל דרישות רגולטוריות וזאת ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח.

37.2 לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ו' או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט', לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יצורפו בני/ות זוג וילדיהם של עובדים שבוטחו במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 א', ג', ד' ו-ה' ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת וזאת בהתאם למסלול בפרק ד' 1 מה"שקל הראשון" או בהתאם למסלול בפרק ד' 2 משלים לשב"ן. (בכפוף לכך שתידרש החתמה מחדש של המבוטחים הקיימים בשל דרישות רגולטוריות וזאת ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח).

37.3 כל המבוטחים שבחרו להצטרף בתקופת הביטוח הקודמת לפוליסה לפי פרק ד' 2 (משלים לשב"ן) יהיו רשאים לעבור לפוליסה לפי פרק ד' 1 (מה"שקל הראשון) במהלך "תקופת מבצע" ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כל מי שלא יעבור במהלך "תקופת המבצע" ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות, הרצ"ב כנספח ד' להסכם. בנוסף, המעבר מפוליסה לפי פרק ד' 1 (מה"שקל הראשון) לפוליסה לפי פרק ד' 2 (משלים לשב"ן) תתאפשר בכל עת ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

37.4 כל מי שהצטרף לאחר 120 ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

עובדים חדשים, בני/ות זוג וילדיהם:

37.5 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (בהתאם לפרק ד' 1 מסלול מ"השקל הראשון") לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יהיו רשאים להצטרף העובדים החדשים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', ב-120 הימים הראשונים לזכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה (למעט בפרק ה' סעיף 1.4 ובפרק ו' סעיפים 1.6-1.7), ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות.

37.6 לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ו' או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (בהתאם לפרק ד' 1 מסלול מה"שקל הראשון או בהתאם לפרק ד' 2 מסלול משלים לשב"ן) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים החדשים, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', ב-120 הימים הראשונים לזכאותם, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה (למעט בפרק ה' סעיף 1.4 ובפרק ו' סעיפים 1.6-1.7), ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות.

37.7 כל מי שהצטרף לאחר 120 ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

עובדים קיימים, בני/ות זוג וילדיהם: (שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת)

37.8 לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (בהתאם לפרק ד' 1 מסלול מ"השקל הראשון") לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יהיו רשאים להצטרף העובדים הקיימים שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה (למעט בפרק ה' סעיף 1.4 ובפרק ו' סעיפים 1.6-1.7), ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות.

37.9 לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ו' או לפוליסה או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (בהתאם לפרק ד' 1 מסלול מה"שקל הראשון" או בהתאם לפרק ד' 2 מסלול משלים לשב"ן) לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה – נספח השירותים SLA, יהיו רשאים להצטרף בני/ות זוג וילדיהם של העובדים הקיימים שלא היו מבוטחים במסגרת הפוליסה הקודמת, כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3 ב', ב-120 הימים הראשונים ממועד תחילת הביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה (למעט בפרק ה' סעיף 1.4 ובפרק ו' סעיפים 1.6-1.7), ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, וזאת בכפוף למילוי טופס הצטרפות.

37.10 כל מי שהצטרף לאחר 120 ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

כללי:

37.11 מבוטחים שייולדו להם תינוקות ו/או אימצו ילדים ו/או נישאו ו/או הפכו לידועים בציבור במהלך תקופת הביטוח יהיו רשאים לצרף את ילדיהם החדשים ו/או בני זוגם לפוליסה הכוללת את רובד הבסיס פרקים א'-ו' או לפוליסה הכוללת את פרקים א'-ט' (וזאת לפי פרק ד' 1 מסלול מ"השקל הראשון או לפי פרק ד' 2 מסלול משלים לשב"ן) במהלך 180 יום מיום לידתם או מיום האימוץ או חתונתם או מועד ההכרה כידועה/בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או בתקופת אכשרה (למעט בפרק ה' סעיף 1.4 ובפרק ו' סעיפים 1.6-1.7), ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו. תינוק שנולד ויצורף במהלך 180 הימים מיום לידתו, יחשב מבטוח רטרואקטיבית מיום היוולדו. מי שלא יצרף את תינוקו או בן זוגו במהלך 180 הימים הראשונים כאמור, יוכל לעשות זאת לאחר מכן בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.12 ילדים שגילם בכניסה לביטוח זה מעל גיל 30 ולא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת או בפוליסה זו, יוכלו להצטרף באופן וולונטרי בכפוף לסעיפים 37.9 ו-37.10 לעיל.

37.13 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 27 לעיל, יהיה רשאי להצטרף לביטוח בכפוף להסכמתם, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, וללא סייג רפואי קודם כלשהו ובכפוף לאמור בסעיף 3.11.

37.14 כל מבטוח שביטל את הפוליסה ולאחר מכן יבקש להצטרף חזרה אל הפוליסה יוכל להצטרף בכפוף למילוי הצהרת בריאות.

37.15 במקרה של מילוי הצהרת בריאות, החברה המבטחת תודיע למבטוח

במכתב דחיה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 10 ימים במקרה של הצהרה נקייה ובמקרה של מצב הדורש חיתום תוך 30 יום ממועד קבלת המסמכים אצל המבטח. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמור לעיל כמוה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח כיסוי מלא וללא חרגות. סעיף זה רלוונטי לסעיפים: 37.4, 37.7, 37.10, 37.11, 37.12, 37.14.

37.16

תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - המבוטח רשאי לבטל את הביטוח בכל עת בהודעה בכתב. במקרה זה תבוטל הפוליסה בתום החודש במהלכו נמסרה הודעת הביטול בכתב. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח שהינו עובד/ת ו/או גמלאי/ת משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן/ת זוג של העובד/ת ו/או גמלאי/ת ו/או ילדיו. **למעט במקרה של עובד שנדרש למלא הצהרת בריאות על פי תנאי הפוליסה ולא התקבל לביטוח, בן/ת זוגו וילדיו יהיו רשאים להצטרף לביטוח בלעדיו.**

37.17

על פי סעיף 12(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009 בנושא צירוף מבטח – (א) מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסויימים (בסעיף זה- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו. (ב) סעיף משנה (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה ובכפוף לסעיף 3 ד' בפרק ההגדרות לעיל. (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: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות. (ג) פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

* והכל בכפוף לסעיף 23 לעיל.

*מובהר ומוסכם כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכות כלשהי- מכל מין וסוג שהוא- מכוח כל דין של המבוטח ו/או בעל הפוליסה, והאמור לעיל בא להיטיב ולהוסיף על זכויות המבוטח ובעל הפוליסה, ולא לגרוע מהן או לצמצמן, ויפורש רק באופן המרחיב ו/או מייטיב עם זכויות המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

38 . תקופת ההסכם:

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

יובהר כי, הסמכות הקובעת את הזכאות בכל פרקי הפוליסה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

רובד בסיס (פרקים א'-ו') כולל נספח ב' - השירותים (SLA)

פרק א' - השתלות

1. מקרה הביטוח

מסלול 1 - השתלת איברים שבוצעה ו/או תבוצע ו/או הצורך בביצועה נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 השתלת איברים:

בגין השתלת איברים יהיה זכאי המבוטח לשיפוי מלא בגין לב, לב-ריאה, אונת ריאה, کلیה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות, אך לא רק, השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, רחם, מעי, איברים אלו לרבות אך לא רק ולרבות תאי אב ו/או תאי גזע ו/או תאי דם מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי ו/או תפועל באמצעות איבר מלאכותי, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית וכן השתלת איבר מבמ"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי).

את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ובכפוף לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009

הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 בפרק ההגדרות.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

מסלול 1 - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,500,000 ₪ להוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.13.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לחופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח ו/או בתקופות המתנה בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנזקק המבוטח לפני ביצוע ההשתלה.

במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות, אך לא רק, אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 365 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 365 יום לאחר ביצועה. לרבות, אך לא רק, כל ההוצאות הכרוכות בשכר הרופאים, אחיות, הטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה

לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח לרבות הוצאות בגין טיפולים רפואיים נדרשים לפני אשפוז, בתקופת ההמתנה להשתלה, במהלך האשפוז ולאחר ההשתלה.

1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לרבות, אך לא רק, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. כמו כן, כיסוי לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו. במידה והמבוטח יזדקק להשתלת קרנית, החברה תסייע למבוטח תוך הפעלת קשריה בארץ ובחו"ל להשגת קרנית.

1.3.4 תשלום לכל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז וכן לצוות המנתח עבור כל השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה ובמהלך האשפוז לפני ואחר ההשתלה לרבות פיזיותרפיה.

1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות הטסה בשכיבה הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המבוטח על פי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעמו של המבוטח. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד עד גיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח יחליט ע"פ מצבו הרפואי של המבוטח האם מצבו הרפואי מחייב לטוס במחלקה אחרת ו/או עם רופא מלווה ואז יינתן כיסוי למימון טיסה במחלקה הרלוונטית למצבו לחולה ולמלווה אחד.

1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת ו/או במטוס מיוחד לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות, אך לא רק, הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.

1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל בהיותם בהמתנה לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול הרפואי, במהלך ההשתלה ו/או הטיפול הרפואי ולאחריו, במידה והמושתל הינו ילד עד גיל 21, יהיה התשלום עבור שני מלווים.

1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל, יינתן כיסוי עד תקרה של 206,000 ש"ח וישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2 לעיל.

1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.

1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות ו/או תאי אב בסך 515,000 ש"ח. כמו כן, כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם.

1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל ובחזרה לייעוץ ו/או לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות על פי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות, אך לא רק, הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. כמו כן, תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה.

1.3.14 השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, תשלם החברה המבטחת למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:

1.3.14.1 סך של 6,690 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

1.3.14.2 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מיד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה ובמידה ואין ליורשים חוקיים.

1.3.14.3 גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

1.4 מסלול 2 - פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של מח עצם עצמית, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי וכן השתלת קרנית. סכום הביטוח הינו 360,000 ₪.

1.4.1 **מקרה הביטוח -** אבחנה מתועדת להתקיימות הצורך בהשתלת איברים כהגדרתה בסעיף 1.1 לעיל, למעט במקרה של מח עצם עצמית, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי וכן השתלת קרנית.

1.4.2 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על רישומו של המבוטח, ובטרם ביצוע ההשתלה.

1.4.3 הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח

טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע ו/או יבוצע ו/או הצורך בביצועו נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

2.1 **כ"טיפול מיוחד בחו"ל"** יחשבו טיפולים רפואיים בחו"ל לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:

2.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל מסיבה כלשהי,

ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה והתפקוד היומיומי בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ,

ו/או הניסיון ו/או המומחיות בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון ו/או המומחיות בביצועו בישראל,

ו/או טרם נצבר בישראל ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי,

ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

יחד עם זאת, טיפולים ייחודיים וספציפיים במרכזים מוכרים בעולם לנושאי הסרטן ומחלות ייחודיות, לא יבחנו בקריטריונים המוגדרים ברישוי של סעיף זה, אך יכנסו במסגרת פוליסה זו.

2.1.2 **הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.**

2.1.3 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי או אבחון של הבעיה הרפואית אשר נדרש בעקבות ו/או לקראת טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**

2.2 אם הטיפול המיוחד בחו"ל בוצע בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות על פי סעיף 2.3 להלן, לפי העניין. במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל שלא בוצע בתאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו 1,800,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

"בתאום עם המבטח" - המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ואיפשר למבטח להתקשר עם נותני השרות הרפואי, לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל ולשלם עבור ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ישירות לנותן השרות הרפואי בחו"ל. במקרה בו המבוטח איפשר לחברה המבטחת לתאם את הטיפול המיוחד בחו"ל אך החברה המבטחת לא הצליחה להגיע להסדר, תקרת השיפוי תהיה מלאה.

2.3 **תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:**

2.3.1 תשלומים כמפורט בסעיף 1.3 בפרק א' (1) לעיל, למעט סעיף 1.3.14 בשינויים כדלהלן:

2.3.1.1 בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".

2.3.2 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.

* למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.

2.3.3 תשלום עבור הבאת מומחה בחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל על פי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

2.3.4 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל ועד תקרה של 206,000 ₪.

2.4 טיפול ניסיוני בחו"ל:

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני מציל חיים בחו"ל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

2.4.1 עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד סכום של 100,000 ₪.

2.4.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 40,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד ועד 60,000 ₪ לשני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

2.4.3 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום של 100,000 ₪.

2.4.4 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד שנה, וזאת עד לסך של 1,000 ₪ ליום למלווה ועד 1,500 ₪ לשני מלווים.

2.5 למען הסר ספק, במידה ונדרשת נסיעה לחו"ל לצורך אבחון של הבעיה הרפואית, יכוסה האבחון, הטיפול (במידה ובוצע) וכל הבדיקות שיבוצעו במסגרת זו, יאושרו ויכוסו במסגרת פרק זה, בין אם המבוטח עבר או לא עבר טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת אותה הנסיעה. יובהר כי, האבחון של הבעיה הרפואית יאושר רק בכפוף להפניה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח, המאשרת את הצורך בביצוע האבחון מתוך מטרה לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.6 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

2.7 למען הסר ספק, בדיקות הנשלחות לחו"ל גם אם אין יכולת לבצען בארץ, לא ייחשבו טיפול מיוחד.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

1. מקרה הביטוח

ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1.1 ניתוח:

כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון, אך לא רק: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ביופסיות מכל סוג שהוא, קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון, אך לא רק: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר. ניתוח לפרוסקופי, לרבות אך לא רק ניתוח רובוטי בין היתר באמצעות רובוט דה וינצ'י.

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית

ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision.

למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

*** למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.**

הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות' ובכפוף לסעיף 23 בפרק ההגדרות.

1.2 בגין ניתוחים בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה. לרבות, אך לא רק, כיסוי עבור: הוצאות אשפוז, תרופות, בדיקות אבחון ומעבדה, בדיקות פתולוגיות, טיפולי פיזיותרפיה, שתל, שכר אח/ות פרטי/ת, שירותי הסעה באמבולנס וכן כל הוצאה אחרת במהלך האשפוז הקשורה ישירות לניתוח.

1.3 למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר המבוטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות או מכל סיבה שהיא, תשלם החברה המבטחת עבור הבאת המומחה מחו"ל לביצוע הניתוח בישראל.

1.4 בגין ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.

- 1.5 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסך של עד 60,000 ₪ בגין ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל. ובמקרה של ילד עד גיל 21 סכום השיפוי יעלה לעד 100,000 ₪ .
למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון, אך לא רק: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושייח).
- 1.6 הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה, ובליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח.
כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
למען הסר ספק יכלול ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי.
- 1.7 כיסוי להוצאות הטסת גופה – החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל.
- 1.8 החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים ופרוצדורות רפואיות, אותם קיבל המבוטח. פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור.
- 1.9 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.
- 1.10 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2. חריגים עבור פרקים א' 3-1:

- 2.1 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.
- 2.2 למען הסר ספק, מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל והטיפולים והשירותים המכוסים על פי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.
- 2.3 טיפול ו/או ניתוח ניסיוני.
- 2.4 ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 2.5 יובהר כי המבוטח לא יהיה חייב במסגרת פרק א' 3 בתגמולי ביטוח בגין השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל המכוסים בפרקים א' 1 ו-א' 2 לפוליסה.

למען הסר ספק, ביחס לסעיפים א' 3-1, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.

יובהר כי כיסוי הניתוחים בחו"ל אינו בא במקום ביטוח נסיעות לחו"ל .

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות:

- 1.1 **מקרה הביטוח** - שיפוי בגין עלות תרופה אשר ניטלה ניטלת ו/או תינטל ו/או הצורך בנטיילתה נדרש או יידרש לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי, שנועד לשם אבחון, ריפוי, הקלה, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו ו/או הקלה על הסימפטומים של מצב רפואי כלשהו ו/או מניעת החמרת מצב רפואי כלשהו לרבות, אך לא רק, הסימפטומים הרפואיים, לרבות כאב אך לא רק, מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה, לרבות, אך לא רק, בשל מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי אחר.
- הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 בפרק ההגדרות.
- למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות, הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.**
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.
- הגדרת טיפול תרופתי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 בפרק ההגדרות.
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7 **בית מרקחת** - מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב לרבות, אך לא רק בית מרקחת הממוקם בבית חולים וחדרי תרופות כהגדרתם בפקודת הרוקחים התשמ"א 1981 (להלן: "נותן השרות").
- 1.8 **תכשיר מזון רפואי** - תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית.
- 1.9 **ויטמינים** - תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום.
- 1.10 **IND - Investigational New Drug** תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.
- 1.11 **קנאביס רפואי** - קנאביס הניטל למטרות רפואיות, לטיפול במחלות, או להקלה בתסמינים הנובעים ממחלות, אשר ניתן למבוטח אישור לשימוש בו בידי המנהלים המורשים לחתימה מטעם משרד הבריאות. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהופק למבוטח על ידי משרד. יובהר כי יאושר שימוש בקנאביס רפואי רק בדרך המומלצת על ידי משרד הבריאות, ובכפוף לתנאי הרישיון האישי שהופק למבוטח על ידי משרד הבריאות לשימוש בקנאביס הרפואי.

א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג', 29 (א) (1), 29 (א) (3), 29 (א) (4) ו/או 29 (א) (10). לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.

ב. כמו כן, כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן ו/או ניתן אישור שימוש לתרופה באמצעות טופס 29 ג'. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית. יובהר כי תרופות אשר אינן נחשבות לניסיוניות במקום בו הן ניתנות, לא ייחשבו כניסיוניות בפוליסה זו.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - 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
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 - NCCN
 - ASCO
 - NICE
 - ESMO Minimal Recommendation

סעיף זה נוסח באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-2007-1 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות ובכפוף לסעיף 23 בפרק ההגדרות.

ד. **כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ואינן מכוסות על פי סעיפים א'-ג' לעיל**
נמצא באבחון המולקולארי של הגידול ו/או בבדיקה גנטית ו/או בבדיקה גנומית כי המבוטח זקוק עפ"י המלצת הרופא המטפל לתרופה, אשר אינה מכוסה על פי סעיפים א'-ג' לעיל, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו לרכישת תרופות אלו, וזאת עד 1,000,000 ₪.

מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

ה. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

ו. **תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים** שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח לטיפול במחלה של המבוטח.

ז. **טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND** יכוסה עד תקרה כוללת בגובה 1,000,000 ₪.

ח. **קנאביס רפואי למחלת הסרטן**

1) מקרה הביטוח בסעיף זה: רכישה בפועל של קנאביס רפואי על פי הנחיה של רופא מומחה למבוטח החולה במחלת הסרטן.

2) בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל לרכישה של קנאביס רפואי כהגדרתו לעיל על פי הנחיה של רופא מומחה לטיפול במחלת הסרטן של המבוטח ו/או הקלה בתסמינים הנובעים ממחלתו.

3) תגמולי הביטוח עבור רכישת הקנאביס הרפואי ישולמו בכפוף להמצאת קבלות, ובהתאם למפורט להלן:

3.1 גבול אחריות עבור סך ההוצאות בחודש קלנדרי בגין רכישת קנאביס רפואי היינו עד לסך של 1,000 ₪, ועד תקרה מירבית של 20,000 ₪ לתקופת ביטוח, בגין כל מקרה ביטוח (סכום הביטוח אינו מתחדש).

3.2 תגמולי הביטוח ישולמו לאחר ניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ לחודש וזאת מסך ההוצאה באותו חודש עבור רכישת קנאביס רפואי וכן בכפוף לאמור בסעיף 3.4.3 להלן.

3. תביעות

החברה המבטחת תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

3.1 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

3.2 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא ינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

3.3 בנוסף החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירוי וכדומה בסכום שלא יעלה על 5,700 ₪ לכל סדרת טיפולים.

3.4 חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

3.4.1 הוצאות הוצאו בפועל.

- 3.4.2 בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.
- 3.4.3 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינו 150 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר שערותו מעל 150 ₪ לחודש, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 3.4.4 קיבל המבוטח תרופה, המכוסה עפ"י פוליסה זו, באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, וישלם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.
- 3.4.5 למען הסר ספק, סעיף 28 לפרק ההגדרות לעיל חל גם ולא רק על פרק זה.
- 3.5 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ד' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪. לגבי תרופות המכוסות על פי סעיף 2 ז' לעיל, סכום הביטוח יעמוד על 1,000,000 ₪.**
- 3.6 סכום השיפוי בגין פרק ב' זה יהא לתקופה של שנתיים ויתמלא כל שנתיים. עם תום שנתיים, סכום זה, יתחדש בגין כלל המבוטחים לשנתיים נוספות.**
- בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן ו/או למחלות אחרות לרבות, אך לא רק בדיקות פרמקוגנטיקה ובדיקות לאיתור גידולים.**
- כיסוי לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון, אך לא רק, בדיקות שמטרתן בין היתר:
- א. קביעת דרכי טיפול במחלה, תוך שימוש בכלי האבחון הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק מה הטיפול האופטימלי לטיפול במחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכו'.
 - ב. סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות, אך לא רק, סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול.
 - ג. סיוע בהתאמת טיפול תרופתי מותאם אישית – סיוע בהתאמת הטיפול התרופתי לשונות הגנטית של החולה, בדיקת יעילות הטיפול התרופתי, קביעת המינון המותאם לחולה במטרה לטפל בחולה באופן מהיר ומדויק, מניעת תופעות לוואי ו/או רעילות מהטיפול התרופתי וביצוע מעקב אחר תוצאות הטיפול התרופתי ויעילותו.
 - ד. איתור מקום הגידול.
 - ה. הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.
 - ו. אבחון מוקדם.
 - ז. הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
 - ח. בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
 - ט. בדיקות גנטיות, לרבות בדיקות הנעשות על רקמה ביולוגית שמטרתן בין היתר, אך לא רק: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון, סוג התרופה וכו'.
 - י. חיזוי המחלה (רמת האגרסיביות של הגידול) - סיכוי הפשטות המחלה סיכוי השונות המחלה.
- * וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, יכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות -

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור. בגין ספק שנמצא בהסכם עם החברה המבטחת תקרת השיפוי תהיה מלאה ללא תקרה. בגין ספק שאינו נמצא בהסכם עם החברה המבטחת, עד תקרה בסך 60,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

המבוטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות בדיקות גנטיות, ו/או בדיקות מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא על רקמה ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתה סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. מובהר כי במידה ותוצאת של הבדיקה ממליצה על תרופה מסוימת לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה במסגרת פרק זה.

4. הגבלות לאחריות החברה המבטחת

- 4.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.
- 4.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 4.3 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.4 טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ולמעט האמור בסעיף 2 ו' לעיל.
- 4.5 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיפים 2 ג', ד', ז' לעיל.
- 4.6 תרופות לצורך טיפולים אלטרנטיביים.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ג' - טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

טיפול מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים נלווים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצועם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו נקבע או נוצר הצורך בניתוח.

2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע הניתוח, אשר נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח תשפה החברה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים הניתנים תוך כדי ביצוע הטיפול המחליף ניתוח ולשם ביצועו בבית חולים בחו"ל או תשלמן במישרין לנותן השירות בחו"ל, והכול עד סכום השיפוי המרבי:

- 3.1 שכר נותן טיפול מחליף ניתוח - הוצאות שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.
- 3.2 שכר מרדים - הוצאות שכר המרדים.
- 3.3 הוצאות חדר ניתוח / טיפול מחליף ניתוח והוצאות אשפוז בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל.
- 3.4 הוצאות אשפוז כוללות גם בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז ו/או לצורך האשפוז, תרופות, לרבות תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הטיפול המחליף ניתוח, לרבות במהלך האשפוז הנלווה לביצועו, על פי קביעת המנתח ו/או רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח.
- 3.5 בדיקה פתולוגית - הוצאות בדיקה פתולוגית שנדרשה במקרה של טיפול מחליף ניתוח.

4. סכום השיפוי המרבי לטיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל:

בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במבוטח, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוצאו על ידו בפועל בגין השירותים הרפואיים המפורטים לעיל עד לסכום הביטוח המרבי המפורט להלן:

- 4.1 א) שכר נותן טיפול מחליף ניתוח שבהסכם - במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל.
- ב) שכר נותן טיפול מחליף ניתוח אחר (שאינו בהסכם) - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא הטיפול להחליף אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.
- 4.2 הוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח – הוצאות חדר ניתוח והוצאות אשפוז כמפורט בסעיף 3.3 ו-3.4.
- א) במקרה בו תיאום ביצוע הטיפול המחליף ניתוח בחו"ל בוצע על ידי החברה המבטחת, תשפה החברה המבטחת את המבוטח, באופן מלא וישיר באמצעות נותן השרות בחו"ל.

(ב) במקרה ובוצע בבית חולים אחר (שלא בהסכם) - גובה השיפוי יהא עד לתקרה של 200% משכר "נותן טיפול מחליף ניתוח אחר" אם היה מבוצע בישראל או עד 200% מעלות הניתוח אותו בא להחליף הטיפול אם היה מבוצע בישראל, הגבוה מביניהם.

5. תגמולי ביטוח נוספים (הוצאות בגין שירותים נוספים)

5.1 התייעצות עם רופא מומחה: הוצאות התייעצות אחת עם רופא מומחה בישראל, עד לסך של 1,200 ₪.

5.2 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל: הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח / הטיפול המחליף ניתוח בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסך של 150,000 ₪.

למען הסר ספק, במידה וספק השירותים אינו מקבל כתב התחייבות או העברות בנקאיות, ישולם הסכום למבוטח טרם יציאתו מהארץ, בכפוף לקבלת המסמכים הדרושים מספק השרות.
המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - ניסוי מהשקל הראשון (אחידה)

1. הגדרות:

בפרק זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

1.1 בית חולים פרטי:

אחד מאלה:

- א. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים) תיקוני חקיקה 3; להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013
- ב. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישרו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2

התייעצות: התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה לאחריו;

1.3

טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי המבוצע בידי נותן טיפול מחליף ניתוח כתחליף לביצוע ניתוח, אשר 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 ממשלתית, 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 אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. תוכנית זו מעניקה כיסוי להוצאות המוכרות בעת ביצוע ניתוח בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה בלבד למעט במקרה המפורט בסעיף 4.2.1 להלן.

3. התחייבויות החברה ותגמולי הביטוח:

בקורות מקרה הביטוח, תשלם החברה את ההוצאות המוכרות לספק השירות בכפוף להוראות פרק זה.

השירותים הרפואיים המוכרים שיקראו להלן ההוצאות המוכרות יהיו אלה:

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 לגביו נערכה ההתייעצות.

- 3.2 שכר מנתח.
- 3.3 ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז, בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח. למען הסר ספק יובהר כי כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח, אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. אופן תשלום תגמולי הביטוח

- 4.1 **אופן תשלום תגמולי ביטוח עבור התייעצות עם רופא מומחה על פי סעיף 3.1 לעיל במקרה של ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל:**
בוצעה ההתייעצות ע"י רופא שבהסכם - תישא החברה בעלות ההתייעצות במלואה.
בוצעה ההתייעצות ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות ההתייעצות עד לסך של 1,500 ₪ לכל התייעצות.
- 4.2 **אופן תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה ביטוח של ניתוח המבוצע בישראל**
בעת מקרה של ניתוח, המכוסה על פי פוליסה זו, הכיסוי ניתן עבור שירותים רפואיים המפורטים בסעיף 3.2-3.3 לעיל, המבוצעים אצל נותני שירות שבהסכם עם החברה והתשלום עבורם ישולם ע"י החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם.
- 4.2.1 בוצע השירות הרפואי המכוסה עפ"י סעיף 3 ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות ההוצאות המוכרות עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה המבטחת.
- 4.2.2 החזר השתתפות עצמית ששילם המבוטח במסגרת תוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההוצאות המוכרות, בעת ביצוע ניתוח בישראל ובלבד שהניתוח מכוסה עפ"י תנאי פוליסה זו.
- 4.3 **אופן תשלום התביעה בקרות מקרה ביטוח של טיפול מחליף ניתוח המבוצע בישראל:**
- 4.3.1 **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות שבהסכם - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח במלואם.**
- 4.3.2 **בוצע הטיפול מחליף ניתוח ע"י נותן שירות אחר - תישא החברה בעלות הוצאות הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום הביטוח המירבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.**

5. חריגים לאחריות המבטח:

- יובהר כי חריגים אלו חלים על ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המכוסים על פי פרק זה בלבד ולא יחולו על יתר הכיסויים ו/או הפרקים שבפוליסה זו.
- 5.1 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.**
- 5.2 **ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:**
- 5.2.1 **ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.**
- 5.2.2 **ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או למבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.**

- 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.4 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.5 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה"; כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.
- 5.7 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי.

פרק ה' - שירותים נוספים

מקרה הביטוח: שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בניתנתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

1. ייתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1 התייעצות עם רופא מומחה:

א. החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, למעט רופא ילדים, רופא משפחה וגניקולוג המטפל בשגרה, וזאת עד התייעצות אחת בשנת ביטוח ועד לתקרה של 800 ₪ להתייעצות.

ב. במידה והמבוטח יפנה למימוש הזכאות בשב"ן, תקרת ההחזר תגדל ותעמוד על עד 1,400 ₪ להתייעצות.

1.2 בדיקות אבחנתיות:

בדיקות אבחנתיות כגון (אך לא רק): בדיקות מעבדה (כגון (אך לא רק): בדיקות דם, הפרשות, תאים וכד'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I, CTC MRA) מיפוי איזוטופים, CT PET, OCT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, EMG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI, PAP), ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות שאינן מכוסות בסל הבריאות.

בדיקות דימות כגון (אך לא רק):

א. CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר.

ב. אבליציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.

ג. קולונוסקופיה וירטואלית

ד. חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה - חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.

ה. שירות רדיולוג פרטי - בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.

ו. קפסולה למעיין - קפסולת וידאו לבדיקת המעיין הדקים Capsule Wireless Endoscopy

ז. C.T PET - positron emission tomography

ח. הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות לימפה

ט. תהודה מגנטית פונקציונלית - FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)

י. בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית - הבדיקות כוללות בדיקות כגון (אך לא רק): בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.

יא. טיפול ביוז רדיאקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס - יוז רדיאקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות.

יב. מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.

יג. גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, ברוכונוסקופיה

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,660 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.

סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,500 ₪.

1.3

טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים – החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפולים אונקולוגיים כגון: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיאקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 103,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.4

בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עובר, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18 ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטחת.

א. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-2,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

ב. במידה והמבוטחת תפנה למימוש הזכאות בשב"ן, תקרת ההחזר תגדל ותעמוד על עד 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

1.5

תקופת אכשרה - בגין סעיף 1.4 תחול תקופת אכשרה של 6 חודשים. למען הסר ספק, לא חל על כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם עפ"י סעיף 3 א', ד' ו-27 בפרק ההגדרות בפוליסה.

1.6

למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

1.7

הסמכות הקובעת את הזכאות בפרק זה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.8

שיפוי שב"ן:

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או השב"ן ו/או חברת הביטוח האחרת ו/או הפוליסה האחרת (לפי העניין) במקרה זה, ישלים השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ו' - ביטוח לפרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח

בקורות פרוצדורה רפואית המפורטת להלן תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוצאו על-ידי המבוטח בפועל עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן:

1. הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, **למעט הזרקה אפידורלית במהלך לידה** - עד לסך של 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.
2. צנתור לטיפול בהידרצלה ו/או ווריקוצלה וניתוח להפרדת הידבקויות תוך רחמיות.
3. תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI.

רובד הרחבה פרקים ז' ח' לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים SLA

פרק ז' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח

שירותים רפואיים שבוצעו ו/או יבוצעו ו/או הצורך בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

ינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים:

1.1 **התייעצות עם רופא מומחה:**

א. החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, **למעט רופא ילדים, רופא משפחה וגניקולוג המטפל בשגרה**, וזאת עד התייעצות אחת בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,200 ₪ להתייעצות.

שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, תיחשב התייעצות במסגרת סעיף זה.

ב. במידה והמבוטח יפנה למימוש הזכאות בשב"ן, יהיה זכאי להתייעצות אחת נוספת בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,200 ₪ להתייעצות, כמוגדר בסעיף א' לעיל.

1.2 **בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון:**

א. מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים ו/או גנים של מחלות אחרות.

ב. החברה תשלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 4,450 ₪ לכל תקופת הביטוח.

1.3 **טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אחר:**

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה / ריפוי בעיסוק / טיפול שיקומי אחר ולא יותר מ-12 טיפולים בלבד לכל שנת ביטוח ועד 250 ₪ לטיפול.

והכל בכפוף לקבלת הפנייה לטיפול הרלוונטי מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.4 **אחות פרטי:**

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות/פרטית/מוסמכת/לצורך שמירה על המבוטח במהלך אשפוז בבית חולים (להלן השמירה הפרטית) ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח עד 800 ₪ לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת.

(1.5) **טיפול ושירותי הפרייה:**

א) החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי הפרייה חוץ גופית, טיפולי הפרייה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי לצורך הפרייה ו/או פריין שתכליתו כניסת המבטחת להריון או הרינון ו/או

הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תיכנס להיריון או הריונות ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תחזיק בהיריון או ההריונות ו/או שמירה על ההיריון ו/או הגדלת הסיכוי לעובר בריא, לרבות בדיקת PGD, ועד לסך של 40,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

(ב) בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל - השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 26,800 ₪. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל לרבות טיפול הכולל השתלת ביציות. כולל תרומת ביצית וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.

*** למען הסר ספק בן/בת זוג שאינם מבטחים בפוליסה זו לא יהיו זכאים לתשלום הוצאות בגין טיפולים בסעיפים 1.5 א', ב'.**

(ג) מימון לשירותי פונדקאות - החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שמבוצע עקב מצב רפואי ו/או מחלה וזאת עד לסך של 80,000 ₪. **למען הסר ספק, במקרה ששני בני הזוג מבטחים על פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.**

(ד) שמירת ביציות לטווח ארוך - לרבות בשיטת וטרי פיקציה וזאת עד 41,200 ₪ בכפוף לכך שמבוצע עקב מצב רפואי ו/או מחלה, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.6 בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

1.6.1 החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת (סקירה מוקדמת ו/או מאוחרת), בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור ההריון בסיכון גבוה, בדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטרזומיה 18, בדיקת צ'יפ גנטי, בדיקת NIPT (ו/או כל בדיקת דם אחרת אשר תתווסף / תחליף את בדיקת מי השפיר), בדיקת PGD ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.6.2 השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-2,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

1.6.3 במידה והמבוטחת תפנה למימוש הזכאות בשב"ן, השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, ותקרת ההחזר תגדל ותעמוד על לא יותר מ-3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

1.6.4 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-8,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

1.6.5 במידה והמבוטחת תפנה למימוש הזכאות בשב"ן, השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, ותקרת ההחזר תגדל ותעמוד על לא יותר מ-9,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

1.6.6 תוספת לבדיקת מי שפיר - צ'יפ גנטי. השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-3,000 ₪ נוספים בגין סעיף זה.

ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי - כיסוי משלים לשב"ן

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי ולהתייעצות עם גנטיקאי בין היתר לצורך קבלת הסברים על תוצאות הבדיקות שנעשו, על פי רשימת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 80% אך לא יותר מ-2,200 ₪ מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד ובכפוף למימוש הזכאות בשב"ן.

הבדיקות הגנטיות הינן:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (α 1-Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מיפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- F.I.S.H. 3 כרומוזומים
- F.I.S.H. 5 כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטיגן

הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,600 ₪ (כולל עלות הוועדה).

פסיכולוגיה רפואית - שירות וליווי פסיכולוגים עבור מבוטחים החולים במחלה קשה, שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המותאמים למאפייני החולה ומלווה אותו לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו בשיתוף פעולה מלא עם הרופא המטפל. החברה המבטחת תשפה את המבוטח בסך של 500 ₪ ליעוץ וזאת עד 4 פעמים בתקופת הביטוח.

1.10 בדיקות לרפואה מונעת - למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, בדיקה לגילוי סרטן כרכשת - חלחולת (פי הטבעת) עד 360 ש"ש לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.11 זריקות לצורך רפואי וכן הזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה כגון: אורטוקין, חומצה הילאורונית, וולטרן, קורטיזון, אפידורל, בוטוקס רפואי והזרקות PRP: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון לרבות למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 4,000 ש"ש למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל בכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. הכיסוי הינו עד לתקרה של 10,000 ש"ש לכל שנתיים וחצי ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. **יובהר כי, לא יכוסו טיפולים / הזרקות למטרות קוסמטיות אסטטיות.**

1.12 השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים: כיסוי משלים לשב"ן
החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות ממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מאת רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המפרטת את הבעיה הרפואית ואת הצורך באביזר וחומר רפואי מגבה.

1.12.1 האביזרים הינם:

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, רצועות או מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין, סד גבס קל, מכשיר אינהליציה אישי, חגורת בקע, חגורה מתקנת (מילוקי בוסטון), גלוקמטר (מכשיר למדידת לחץ דם), מכשיר אוטומטי או חצי אוטומטי למדידת לחץ דם, מכשיר לבדיקת סמיכות דם (INR), מקלונים לבדיקת סוכר בדם, מכשיר הנשמה, גורטקס לניתוחי הרניה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מחולל חמצן נייד, פרוטזה חיצונית לשד, AIRCAST, תומכים ומגינים לצוואר, כתף, יד ורגל, גרביים אלסטיות, חגורה אורטופדית, עזרי הליכה: מקל הליכה, טריפודף קוודרפוד, קב"ים מכל הסוגים, עדשות מגע ניידות בתנאי שמדובר במחלות: קרטקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר / חוקח ראייה מעל 7, משקפיים במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר/רוחח ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים, נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו לחולים במחלה ראומטית עם עוות ניכר של כף הרגל או לחולי סכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 80% מהוצאותיו בפועל וסה"כ לא יותר מ- 10,000 ש"ש בגין כל האביזרים לכל שנת ביטוח (לרבות סעיף 1.12.2.1.2.2).

1.12.2 במקרה של רכישת זוג מדרסים, המבוטח יהיה זכאי להחזר של 75% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 1,700 ש"ש לשנת ביטוח ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

1.12.1.1 נדרש לצרף בעת הגשת התביעה מכתב מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם קופת החולים של המבוטח.

1.12.2.2 טרם הגשת תביעה לחברת הביטוח יש לתבוע את הביטוח המשלים בקופות החולים.

1.12.2.3 לא תתקבל הפניה מרופא המועסק מטעם המכון ממנו רוכשים את המדרסים.

1.12.2.4 ניתן לממש את ההחזר עבור זוג מדרסים אחד בלבד בשנה.

1.12.2.5 לא ניתן יהיה לקבל החזר בגין מוצר נוסף שאינו מדרס

1.13 אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה:

ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או ע"י מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, BRC, MOXO הזכאות היא לעד 3 פגישות ועד לסכום בסך 1,900 ₪ שה"כ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. הסעיף חל על ילדים עד גיל 18.

1.14 טיפול בבעיות התפתחות בילדים:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד מבוטח על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד מטעם המבוטח. במידה ורופא מומחה להתפתחות הילד אינו רלוונטי למקרה, ניתן להביא הפנייה מנוירולוג ילדים מטעם המבוטח או פסיכיאטר מטעם המבוטח לפי העניין. המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג בעל תעודת הסמכה רלוונטית.

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ- 155 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 16 טיפולים בשנת ביטוח. הסעיף חל על ילדים עד גיל 18.

1.15 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia:

החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 155 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.16 התעמלות שיקומית:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות בגין התעמלות שיקומית בעקבות אירוע לב או אירוע רפואי אחר המצריך התעמלות שיקומית אצל מטפל בעל תעודת הסמכה רלוונטית או במכון מורשה, לפי הפנייה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. גובה ההחזר יהיה 80% מההוצאות אותן הוציא המבוטח בפועל ועד לסכום מרבי של 250 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים לכל מקרה ביטוח.

1.17 מנוי למשדר קרדילוגי:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בשיעור 80% מההוצאות בפועל עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עד לסכום מרבי בסך 206 ₪ לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

1.18 בעיות הרטבה לילדים - כיסוי משלים שב"ן

החברה המבטחת תשתתף בסכום השווה ל-80% מההוצאה בפועל לטיפול למניעת הרטבה ולכלוך תחתונים אצל ילדים מעל גיל 6 ועד לסכום מרבי של 500 ₪ לתקופת הביטוח. הסעיף חל על ילדים עד גיל 18 בכפוף למיצוי שב"ן.

1.19 שירותי הסעה באמבולנס ו/או היטס רפואי:

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס ו/או היטס רפואי עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך קבלת טיפול או שירות רפואי, ללא מגבלה.

1.20 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח בגין בדיקה פתולוגית לרבות, אך לא רק, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות, אך לא רק, בדיקות אימונוהיסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא מטעם המבוטח לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל. כיסוי זה יחול גם על בדיקות פתולוגיות המתבצעות שלא לצורך ניתוח.

1.21 ימי החלמה:

בכל מקרה של אירוע רפואי המחייב החלמה, תשתתף החברה המבטחת בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמוך לאירוע כאמור עד לסך של 720 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימי החלמה, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. במוסד החלמה מוכר ומורשה על פי משרד הבריאות ובכפוף לקבלות. למען הסר ספק, שהייה במלונות לאחר לידה לא תיחשב כמוסד החלמה לצורך סעיף זה.

1.22 טיפול ע"י מקרופאגים:

טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית. עד לסך של 11,000 ש"ח למקרה.

1.23 מוות כתוצאה מניתוח:

במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח, תשלם החברה המבטחת סכום פיצוי חד פעמי בסך 103,000 ש"ח. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו ליורשיו החוקיים.

1.24 טיפול בתא לחץ:

המבטח ישתתף וישפה את המבוטח בגין טיפול בתא לחץ ובכפוף להפניה כתובה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח ועד לתקרה של 10,500 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%

1.25 טיפולים בכאב לרבות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי

בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק עד לסכום מרבי של 5,000 ש"ח למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.26 הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלה רשתית: החברה המבטחת תשלם

ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, עד סכום מרבי של 2,000 ש"ח למקרה ביטוח ולא יותר מ-10,000 ש"ח לסדרת הזרקות לכל תקופת הביטוח, ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.27 טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות

(לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות

הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים), עד לסכום מרבי של 3,500 ₪ למקרה ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.28 הזרקות לטיפול בהזעת יתר: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (ככל וקיימים) עד סכום מרבי של 6,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. **יובהר כי, לא יכוסו טיפולים / הזרקות למטרות קוסמטיות אסתטיות.**

1.29 הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי: החברה המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק עד סכום מרבי של 5,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ובכפוף להמלצה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. **יובהר כי, לא יכוסו טיפולים / הזרקות למטרות קוסמטיות אסתטיות.**

בגין סעיפים 1.11, 1.25-1.29 לעיל מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק טיפולים מחליפי ניתוח.

1.30 שימוש ברובוט לצורך רפואי: עבר המבוטח טיפול רפואי חוזרני באמצעות רובוט, ישופה על ידי החברה המבטחת כנגד חשבונית מס/קבלה בסך של 40% מעלות הטיפול שניתן למבוטח. מובהר כי טיפול שישולם במלואו במסגרת הפוליסה בפרק אחר לא יכוסה בפרק זה ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה.

1.31 תקופת אכשרה: בגין סעיפים 1.6-1.7 תחול תקופת אכשרה של 6 חודשים. למען הסר ספק, לא חל על כל המבוטחים הקיימים כהגדרתם עפ"י סעיף 3 א', ד' ו-27 בפרק ההגדרות בפוליסה.

1.32 למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

1.33 הסמכות הקובעת את הזכאות בפרק זה הינה רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח.

1.34 שיפוי שב"ן:

בחר המבוטח לקבל את השירות הרפואי או השיפוי בגינו מקופת חולים ו/או מתוכנית שב"ן ו/או מחברת ביטוח אחרת ו/או מפוליסה אחרת שברשותו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את גובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת חולים ו/או השב"ן ו/או חברת הביטוח האחרת ו/או הפוליסה האחרת (לפי העניין) במקרה זה, ישלים השיפוי שיינתן למבוטח ע"י החברה המבטחת עד לשיעור של 100% מההוצאה בה נשא המבוטח ועד לסכומים המרביים הנקובים בסעיפים לעיל.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ח' - חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל

1. חוות דעת נוספת בחו"ל

1. **מקרה הביטוח** - חוות דעת שנייה שניתנה ו/או תינתן ע"י רופאים מחו"ל ו/או הצורך בביצוע ו/או בנתינתם נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.
 2. **הכיסוי** - הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.
 3. **סכום הביטוח** - השיפוי בגין חוות דעת שנייה שניתנה על ידי רופאים מחו"ל יהא 7,200 ₪ ובהשתתפות עצמית של 20%.
- יובהר כי, הכיסוי כולל את שליחת התיק הרפואי לחו"ל וקבלת חוות דעת כתובה ואינו כולל טיסה של המבוטח לחו"ל לצורך קבלת חוות הדעת.**

2. בדיקות המבוצעות בחו"ל

הכיסוי כולל: עלות הבדיקה, עלות שליחתה לחו"ל, פיענוח הבדיקה, קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות וחוות דעת. השיפוי בגין עלות הבדיקות, עלות שליחתן לחו"ל, פיענוח הבדיקות וחוות הדעת יהא \$ 5,000 ובהשתתפות עצמית של 20%.

המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי.

פרק ט' - רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה

- "טיפול אלטרנטיבי" - טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בשיטות הטיפול המפורטות להלן:
- 1.1 "אקופונקטורה" - טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 1.2 "הומיאופתיה" - שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמלהו או דוללו פעמים רבות.
 - 1.3 "ביו פידבק" - טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידיית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.
 - 1.4 "כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
 - 1.5 "טיפול לפי שיטת פלדנקייז" - שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודיות.
 - 1.6 "אוסטיאופתיה" - טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
 - 1.7 "רפלקסולוגיה" - שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
 - 1.8 "שיאצו" - שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
 - 1.9 "היפנוזה" - טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.
 - 1.10 "נטורופתיה" - שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
 - 1.11 "ייעוץ דיאטטי" - התאמה של תוכנית לתזונה
 - 1.12 "שיטת טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.
 - 1.13 הרבולוגיה
 - 1.14 שיטת פאולה
 - 1.15 שיטת אלכסנדר
 - 1.16 חדר מלח
 - 1.17 רכיבה טיפולית

* במידה ויתווספו טיפולים במסגרת הרפואה המשלימה בביטוחים המשלימים בקופות החולים יוכר הטיפול בפוליסה.

2. מקרה הביטוח

טיפול אלטרנטיבי שבוצע ו/או יבוצע ו/או שהצורך בביצוע נקבע או נוצר במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 50% מההוצאה ועד 200 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים בסה"כ מכל הסוגים לשנת ביטוח.
- 3.2 הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי לקבלת הטיפול הרלוונטי המבוקש המגובה בחומר רפואי המפרט את הבעיה הרפואית בגינה הומלץ הטיפול.
- 3.3 יובהר כי במקרה של רכיבה טיפולית - תתקבל גם המלצה לפי אבחון פסיכודידקטי. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני או דואר פיזי