

הסכם לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי)
לעובדי המכללה האקדמית להנדסה ע"ש סמי שמעון ובני משפחתם

שנערך ונחתם ב _____, ביום _____ בחודש _____ לשנת 2020

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
ז'בוטינסקי 23, רמת גן
(להלן: "המבטחת")

לבין: חברת המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון
(להלן: "בעל הפוליסה")

הואיל: והמבטחת הינה חברת ביטוח מורשית כדין;

והואיל: והסכימו הצדדים לקבל על עצמם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

תנאים כלליים להסכם ביטוח הבריאות הקבוצתי

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתחייבת בזה, על יסוד ההצעה לביטוח, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו לה בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, לשפות את המבוטח ו/או לשלם ישירות לנותן השירות ו/או לפצות את המבוטח, בגין מקרי הביטוח כמוגדר וכמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה, וזאת לאחר שתוגש למנורה מבטחים ביטוח בע"מ הוכחה על קרות מקרה הביטוח המזכה בתגמולי הביטוח, והכל בהתאם ובכפוף לאמור בהוראות הפוליסה וההסדר התחיקתי הרלוונטי.

1. תוקף הפוליסה

הביטוח על פי הסכם זה יכנס לתוקפו בתאריך תחילת הביטוח ובכפוף לתנאים הבאים:

- 1.1. הועברה למבטחת בקובץ אקסל עפ"י דרישת המבטחת רשימת מבטחים הכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי זהות, תאריך לידה, כתובת מלאה וכדומה).
- 1.2. בעל הפוליסה מסר למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על-פי דין ולפי הסכם זה.
- 1.3. בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 1.4. צורפו לביטוח כלל העובדים בהתאם לרשימת העובדים שהועברה למבטחת כמפורט בנספח א' להסכם זה
- 1.5. צורפו לפוליסה 50 מבוטחים לפחות.

2. תשלום דמי הביטוח

- 2.1. תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור עובדיו ועבור בני משפחותיהם אשר הצטרפו לביטוח.
- 2.2. דמי הביטוח ישולמו עבור כל חודש ביטוח, עד ל- 10 בחודש העוקב (לדוגמה דמי הביטוח בגין חודש אפריל 2020 ישולמו עד ה- 10.05.2020).
- 2.3. בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום דמי ביטוח נוספים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת עבור מבוטחים נוספים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות לגבי מבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- 2.4. מוסכם בזאת כי לאחר איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 5 (חמישה) ימי עסקים מהמועד הנקוב בסעיף 2.2 לעיל, המבטחת תהיה רשאית להביא את הפוליסה לסיימה, בהודעה מוקדמת, מראש ובכתב לבעל הפוליסה או למבוטח לפי העניין.

בחלוף 15 ימים מיום מתן ההודעה כאמור לעיל, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה או למבוטח, לפי העניין, בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה בטלים. ביצוע התשלום שבפיגור במהלך תקופת ההתרעה לא יפגע בכל הזכויות של המבטחת על פי כל דין.

- 2.5. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל.
- 2.6. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 2.7. בעל הפוליסה ימסור למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים, כפי שיתבקש ממנו, בהיקף הדרוש למבטחת לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי הפוליסה. בכלל זה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף זה, מתחייב בעל הפוליסה למסור למבטחת את כתובותיהם של המבוטחים, וכן להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובת, במצב המשפחתי או בכל נתון אחר של המבוטחים ככל שידוע לו, אשר נמסר על ידיו למבטחת, לרבות המשך העסקתו של המבוטח על ידי בעל הפוליסה.
- 2.8. בלא לגרוע מן האמור לעיל, לא יאוחר מ- 25 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים העדכנית למועד הדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.
- 2.9. קובץ הדיווח החודשי יכלול פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח בחודש הקודם לדיווח ויגרע מהקובץ את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם לדיווח עקב פרישה מהקולקטיב.

ולראיה באו הצדדים על החתום:

המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המכללה האקדמית להנדסה ע"ש סמי שמעון ובני משפחתם

פרק א'- מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

		1. הגדרות
בפוליסה תהיה לכל אחד מן המונחים המשמעות לצדו, כמפורט להלן:		
1.1	אחות/אח: אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.	
1.2	אשפוז: שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו: www.menoramivt.co.il .	
1.3	אתר האינטרנט של המבטחת:	
1.4	בית חולים או בית חולים כללי: מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.	
1.5	בית חולים מוסכם: בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.	
1.6	בית חולים פרטי: בית חולים בישראל או בחו"ל שהוא בבעלות פרטית ושיאינו בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.	
1.7	בן/בת זוג: מי שנשוי/אה למבוטח/ת, או ידוע/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו/ה נשוי/אה לו/ה. לעניין זה, ייחשבו גם בני/בנות זוג בהם שני בני הזוג הינם מאותו המין.	
1.8	בעל הפוליסה: המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון	
1.9	גיל המבוטח: גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת. גיל המבוטח לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.	
1.10	דולר: דולר של ארה"ב.	
1.11	דמי הביטוח: הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטחת, לפי העניין, בהתאם לתנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת, עקב מצב בריאותו של המבוטח או עקב סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.	
1.12	דף פרטי הביטוח: דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסויים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שםם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.	
1.13	המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.	
1.14	המפקח: המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.	

1.15	הסדר תחיקתי:	חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009, וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיותקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוזרי המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.
1.16	הסכם:	הסכם כפי שיהיה קיים מעת לעת בין המבטחת או חברה קשורה לבין נתן שירות כלשהו בקשר עם הכיסויים הביטוחיים הנכללים בפוליסה.
1.17	הסכם עם ספק שירות	הסכם בין המבטחת ו/או חברה קשורה לבין ספק השירות הרפואי הקיים במועד
	ו/או נתן שירות:	הגשת התביעה על ידי המבוטח , למתן שירות רפואי לפיו, בין היתר, התמורה לה זכאי ספק השירות הרפואי תשלום ישירות על ידי המבטחת או החברה הקשורה.
1.18	הצעת הביטוח:	טופס ההצעה/ טופס הצטרפות המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, וכל זאת במידה ונדרש המבוטח למלא טופס הצעה בטרם כניסתו לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח במידה ונדרש לכך בתנאי הפוליסה וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח במידה ונדרש לכך.
1.19	השתלה:	הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע שהופקו מדם טבורי, תאי גזע מדם היקפי או תאי גזע המופקים מעצמות המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקולוגיות מוגדרות כניסיוניות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
1.20	השתתפות עצמית:	" הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות ". חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה להלן. במקרה בו נקבעה השתתפות עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.
1.21	חברה קשורה:	חברה עמה קשורה המבטחת בהסכם למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי העולם, באמצעות בתי חולים, רופאים ונותני שירותים רפואיים אחרים, החתומים על חוזים עם החברה.
1.22	חו"ל:	כל מדינה או מקום מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
1.23	חוק חוזה הביטוח:	חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, או כל חוק אחר שיחליפו.
1.24	חוק הבריאות:	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או כל חוק אחר שיחליפו.
1.25	טיפול מיוחד בחו"ל	ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל, שמתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:
1.25.1		הטיפול לא ניתן לביצוע בישראל.
1.25.2		זמן המתנה ארוך מהסביר עלול לגרום להחמרה משמעותית, המסכנת את חיי המבוטח
1.25.3		סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מטיפולים שייעשו בישראל

1.25.4	הנסיין בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול באופן משמעותי מהנסיין בביצוע הטיפול בישראל		
1.25.5	ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות. לצורך הגדרה זו:		
	"טיפול חלופי" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.		
	"תוצאות גופניות חמורות יותר" – תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול הרפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.		
1.26	משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ- 24 שעות.	יום אשפוז:	
1.27	תחילת הביטוח:	יום/מועד	
	התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח. צורך לפוליסה פרק/ כיסוי נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הפרק/ כיסוי שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו פרק/ כיסוי שהוסף לפוליסה עבור המבוטח על פיו.		
1.28	ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ אשר גילו אינו עולה על 25 שנים.	ילד:	
1.29	מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.	ישראל:	
1.30	המבוטח:	המבוטח:	
1.30.1	עובד/ת ו/או חברה/אצל בעל הפוליסה, ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.		
1.30.2	בן/בת זוג של עובד/ת ו/או חברה/ת בעל הפוליסה וילדיהם, שניתנה הסכמת המבטחת מראש לצירופם לביטוח. יובהר, כי הצטרפות בני זוג ו/או ילדים, חתנים, כלות ונכדים לביטוח, מותנית בביטוח העובד בפוליסה.		
1.30.3	"מבוטח קיים" - מי שהיה מבוטח החל מיום 1/5/2015 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, (להלן: "הביטוח הקודם").		
1.31	מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל-1000.	מדד:	
1.32	מדד חודש ינואר 2015 שפורסם ביום 15.02.2015	מדד יסודי:	
1.33	המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.	מדד קובע:	
1.34	המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 1.5.2020. על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.	מועד תחילת הביטוח:	

רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.	1.35	מנתח:
מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.	1.36	מנתח אחר:
מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח , לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.	1.37	מנתח הסכם:
יובהר, כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.		
נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר: תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.	1.38	מפרט הפוליסה:
מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.	1.39	מצב רפואי קודם:
בן/בת הזוג של המבוטח ו/או ילדיו, חתן, כלה ונכדים. כלות, חתנים ונכדים של עובדי בעל הפוליסה (להלן: קרובים מדרגה שניה), הצטרפותם מותנית בהצטרפות העובד לביטוח. הצטרפות בני משפחה של העובד לרבדים הנוספים, הינה בכפוף לכך שהעובד מבוטח ברובד הנוסף.	1.40	משפחה:
מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.	1.41	מקרה הביטוח:
מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת ו/או חברה קשורה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.	1.42	נותן שירות שבהסכם:
פעולה פולשנית-חדיריתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או אבחון מחלה ו/או מניעת מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.T, לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה. "הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" יובהר כי הגדרה זו לא תחול על כיסוי "ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (בפרק ד').	1.43	ניתוח:
ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).	1.44	ניתוח אלקטיבי:
ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע במבוטח, שאושפז לאחר ביקור בחדר מיון של בית חולים.	1.45	ניתוח חירום:
נספח המצורף לפוליסה ובו מפורטים סכומי השיפוי ו/או הפיצוי המירביים הרלוונטים לכיסוי הביטוחי המפורט באותו פרק, לרבות סכומי ההשתתפויות העצמיות.	1.46	נספח תגמולי הביטוח:
סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח	1.47	סייג בשל מצב רפואי קודם"
או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.		

<p>הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל פרק לפוליסה לרבות במסגרת דף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.</p>	<p>סכום השיפוי המירבי ו/או סכום הפיצוי ו/או סכום הביטוח:</p>	<p>1.48</p>
<p>מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים על ידי קופת החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לחבריה, למעט מחויבויות שבמסגרת השב"ן.</p>	<p>סל שירותי הבריאות:</p>	<p>1.49</p>
<p>חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, הצהרות בעל הפוליסה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.</p>	<p>פוליסה/ תכנית ביטוח:</p>	<p>1.50</p>
<p>פוליסה קבוצתית של בעל הפוליסה בחברת מנורה אשר החלה ביום 1/5/2015 והסתיימה ביום 1/6/2020.</p>	<p>פוליסה קבוצתית קודמת:</p>	<p>1.51</p>
<p>אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.</p>	<p>פיזיותרפיסט:</p>	<p>1.52</p>
<p>תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.</p>	<p>קופת חולים:</p>	<p>1.53</p>
<p>מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.</p>	<p>רופא:</p>	<p>1.54</p>
<p>רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח.</p>	<p>רופא מומחה:</p>	<p>1.55</p>
<p>רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.</p>	<p>רופא מרדים:</p>	<p>1.56</p>
<p>תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.</p>	<p>שב"ן:</p>	<p>1.57</p>
<p>תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה ביום תחילת הביטוח.</p>	<p>שנת ביטוח:</p>	<p>1.58</p>
<p>כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושטלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.</p>	<p>שתל:</p>	<p>1.59</p>
<p>תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח ולגבי כל כיסוי בפרק, במועד תחילת הביטוח הרלוונטי לכיסוי הביטוחי ומסתיימת בתום התקופה שצויינה בכל פרק לפוליסה. לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח. המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום על פי תנאי הביטוח בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה.</p>	<p>תקופת אכשרה:</p>	<p>1.60</p>
<p>1.5.2020-30.4.2025 (סה"כ 5 שנים).</p>	<p>תקופת הביטוח:</p>	<p>1.61</p>
<p>תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצויינה בכל פרק שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.</p>	<p>תקופת המתנה:</p>	<p>1.62</p>



2. פירוט הכיסויים והשירותים:

רובד הבסיס:

- א. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – כמפורט בפרק א' להסכם זה.
- ב. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' להסכם זה.
- ג. ניתוחים בחו"ל - כמפורט בפרק ג' להסכם זה.

רובד ההרחבה:

- ד. כיסוי לניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח – כמפורט בפרק ד' להסכם זה.
על בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין לבחור מראש את אחד המסלולים:
חלופה 1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון (פרק ד' 1)
חלופה 2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (פרק ד' 2)
- ה. שירותים אמבולטוריים- כמפורט בפרק ה' להסכם זה.

3. פרשנות

- 3.1 כל האמור בפוליסה זו בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 3.2 כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמנה לצורך פרשנות.

4. תוקף הפוליסה

- 4.1 הפוליסה ו/או כל נספח לפוליסה, לפי הענין, יכנסו לתוקפם החל מיום תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח ובכפוף לכך שצורפו לפוליסה 50 מבוטחים לפחות.

5. אופן ההצטרפות תנאי הקבלה לביטוח ומועד צירוף המבוטחים:

הצטרפות לרובד הבסיסי עבור העובדים:

5.1 עובדים בעל הפוליסה:

בעל הפוליסה יממן את רובד הבסיסי לעובד ללא גילום מס.

5.2 הצטרפות לרובד הבסיסי עבור בני/בנות זוג וילדים, חתנים, כלות ונכדים של עובדי בעל הפוליסה:

ההצטרפות הינה וולנטרית, קרי: לפי רצון המועמד לביטוח (ובכפוף להסכמת המבטחת). הכניסה לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.

למרות האמור, בני/בנות זוג וילדים, חתנים כלות ונכדים יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות בלבד וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת העסקת העובד אצל בעל הפוליסה ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם.

עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום, ובהתאם להחלטת החברה על תנאי קבלתם. על אף האמור, במהלך 90 הימים ממועד הנישואין, יוכלו בן/בת הזוג וילדיהם להצטרף לביטוח ללא מילוי הצהרת בריאות וללא חיתום.

יובהר, כי בכל מקרה, הצטרפות בני זוג/חתנים וכלות ו/או הילדים והנכדים מותנית בביטוח העובד, הצטרפות ילדים ונכדים מותנית בהצטרפות שני בני הזוג למעט במקרה של משפחה חד הורית.

5.3 עובדים חדשים ובני משפחותיהם:

עובדים חדשים ובני משפחותיהם, ובני זוג של עובדים שנישאו יהיו רשאים להצטרף לפוליסה זו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בהליך חיתום כלשהו תוך 90 יום מתחילת עבודתם במכללה, ובלבד שחתמו על טופס הצטרפות. בחלוף 90 הימים האמורים הצטרפות לביטוח של עובדים חדשים תהיה כרוכה במילוי הצהרת בריאות

5.4 הצטרפות לרובד ההרחבה עבור עובדי בעל הפוליסה, בני/בנות זוג וילדים חתנים, כלות ונכדים:

ההצטרפות הינה וולנטרית, קרי: לפי רצון המועמד לביטוח (ובכפוף להסכמת המבטחת). הכניסה לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.

למרות האמור, עובדי בעל הפוליסה, בני/בנות זוג וילדים, חתנים, כלות ונכדים יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות בלבד וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ו/או 90 יום ממועד תחילת העבודה אצל בעל הפוליסה ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם.

ההצטרפות לרובד ההרחבה הינה בכפוף לכך שהמועמד לביטוח הינו מבוטח ברובד הבסיסי. הצטרפות בני משפחה של העובד לרובד ההרחבה הינה בכפוף לכך שהעובד מבוטח ברובד ההרחבה. הצטרפות ילדים מותנית בהצטרפות שני בני הזוג למעט במקרה של משפחה חד הורית.

- 5.5 ילדים שיצורפו לביטוח על פי סעיף 5.2 ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו לביטוח בתעריף בוגר.
- 5.6 **צירוף תינוק לאחר לידה:**
נולד למבוטח תינוק, יהיה זכאי לצרפו לפוליסה זו במהלך 120 יום לאחר לידתו. המבוטח יגיש למבטחת הצעה ויצרף אליה הצהרת בריאות בנוגע למצבו הרפואי של התינוק. התינוק יצורף לפוליסה זו רק לאחר קבלת אישור בכתב מאת המבטחת. תחילת תקופת הביטוח ודמי הביטוח הנוספים עבורו יצינו בדף פרטי הביטוח.
- 5.7 **למרות האמור, תינוק שנולד למבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 120 יום ממועד לידתו/ מועד האימוץ.**
עובד בעל הפוליסה אשר היה זכאי במועד תחילת הביטוח להצטרף לביטוח אך נמנע מלעשות זאת ו/או עובד/ בן משפחה שגרע עצמו מהביטוח לאחר קבלתו לביטוח, יוכל להצטרף לביטוח במועד מאוחר יותר, בכפוף למילוי הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת והסכמת המבטחת לקבל את המועמד לביטוח.
- 5.8 **הצטרפות מבטחים קיימים:**
כל המבוטחים הקיימים שהיו מבטחים בפוליסה הקבוצתית הקודמת כהגדרתה לעיל, יועברו מהפוליסה הקודמת לפוליסה זו, ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות שכשרה תוך שמירה על הרצף הביטוחי. מבטחים קיימים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.
- 5.9 **מועד צירוף מבטחים לביטוח:**
5.9.1 **בצירוף ללא הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:**
במידה ופרטי העובד/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה, עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו הועברו פרטיהם.
במידה ופרטי העובד/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטחת לאחר ה-15 בחודש - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו הועברו פרטיהם למבטחת.
- 5.9.2 **להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד בחודשים.**
בצירוף המחייב מילוי הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:
דחיית ההצעה לביטוח או פנייה למבוטח בהצעה נגדית לכיסוי ביטוחי או פניית המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים ו/או בקשה למסמכים נוספים תבוצע לכל היותר תוך 30 ימים מיום קבלת הצעת הביטוח אצל המבטחת.
- מועד ההצטרפות לביטוח על פי סעיף זה יחול לפי האמור להלן:**
במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו החלה זכאותם.
במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת החל מה- 16 בחודש ואילך - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו החלה זכאותם.
להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תמדד בחודשים.

6. **צירוף מבטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות**
צירוף מבטחים לביטוח על פי המפורט בסעיף 5 ייעשה בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המפורטות להלן:

- 6.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 6.1.1 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 1 ד'ג') לחוק עובדים זרים;
- 6.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצורפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: 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 ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.

- 6.2 האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:
- 6.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- 6.2.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד: לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 6.2.3 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.
- 6.3 פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

7. ביטול הביטוח בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:

- 7.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 6.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 7.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.
- לענין 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.
- 7.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8. תקופת ההסכם ותקופת הביטוח

- 8.1 תקופת הביטוח תחל ביום 1.5.2020 או במועד צירופו של המבוטח לביטוח - לפי המאוחר מביניהם ותסתיים ביום 30.4.2025 בכפוף לאמור בסעיף 8.4.
- 8.2 על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים והסכומים החופפים בשתי תכניות הביטוח.
- 8.3 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים במוותו, או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או במועד ניתוק יחסי עובד מעביד - לפי המוקדם מביניהם.
- 8.4 תקופת הביטוח תגיע לסיימה ב-1 לחודש העוקב לחודש בו פנה בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לפי העניין, אל המבטחת וביקש להפסיק עבור המבוטח את הביטוח שעל פי הסכם זה.
- 8.5 על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 8.6 המשכיות בתום תקופת הביטוח:

במקרה עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבטחים למשך תקופה של 12 חודשים לפחות, להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים, בהנחה של 25% למשך 5 שנים, וזאת בתנאים ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 60 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי העניין.

יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.
המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטחת רשאית 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- לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

8.7
8.8

9. חובת הגילוי

- 9.1 פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח, שניתנו לשאלות שהוצגו בטופסי הצעת הביטוח ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה או בכל דרך אחרת, בכתב או בטלפון, והמצורפות לפוליסה. על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.
- 9.2 הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה. הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדיון מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 9.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלמם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- 9.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתיים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:
- 9.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- 9.2.2.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלמם.
- 9.3 המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 9.2.1 ו- 9.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:
- 9.3.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה.
- 9.3.2 העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.
- 9.4 כמו כן, המבטחת אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף 6.2.2 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייבו בוטחו פעל בכוונת מרמה
- 9.5 תאריך לידתו של המבוטח, כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.

10. דמי הביטוח ודרך תשלומם

- 10.1 דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בכפוף לאמור במפרט הפוליסה המצורף לפוליסה זו.
- 10.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי המפורט במפרט הפוליסה ובדף הרשימה וישולמו בהתאם למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.
- 10.3 תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור עובדיו ובני משפחתם אשר הצטרפו לרובד הבסיס, ועבור רובד ההרחבה לעובדים ולבני משפחה, אשר הצטרפו לרובד זה.

10.1 לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיוסוף במועד תשלום, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 10.1 לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א-1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה.

10.4

11. תנאי הצמדה

- 11.1 כל הסכומים הנקובים בש"ח בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, אם קיימים, ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים לשיעור עליית/ירידת המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 11.2 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה או המבוטח לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.

12. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. **יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.**

13. הגשת תביעות

- 13.1 הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:
- 13.1.1 טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש.
- 13.1.2 כתב וויתור על סודיות רפואית, שימשמש לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.
- 13.1.3 אם היו תשלומים, יש להעביר קבלות וחשבוניות הנדרשות לשם בירור החבות. את המסמכים והקבלות ניתן להגיש גם באופן דיגיטלי, לרבות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.
- 13.2 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטחת הזכות וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, ככל שיהיה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת. מבלי לפגוע בכלליות האמור, יובהר, כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט בישראל.
- 13.3 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, לרבות פרטים אודות זהות מבצע הפרוצדורה הרפואית, שם בית החולים או המרפאה בהם הינו מעוניין לבצע את הפרוצדורה הרפואית וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים למצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לבצע את הפרוצדורה הרפואית, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיוכלו, להשיגם.
- 13.4 המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו לרבות רשימת בתי החולים ורשימות רופאים מומחים, מנתחים ומרדימים שבהסכם.

14. תגמולי ביטוח

- 14.1 המבטחת תהיה רשאית, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, במידה והיו קשורים איתה בהסכם במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, או לשלם למבוטח תמורת קבלות וחשבוניות.
- 14.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר כמפורט בסעיף 13.1.3.1 לעיל, תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.
- 14.3 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל, ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום, ובלבד שימסר למבטחת היתר להוצאת מטבע חוץ אם יהיה צורך בכך.
- 14.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, במידה ובהתאם לתנאי הפוליסה הם ננקבו במטבע זר, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה

- נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטחת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 14.5 תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף 13 לעיל.
- 14.6 נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה לגורם כלפיו התחייבה לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת את היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח, על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.
- 14.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל פרק מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.
- 14.8 מבטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה בשני פרקים או יותר, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכפל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.
- 14.9 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק לפוליסה, לפי העניין.
- 14.10 המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.
- 14.11 בכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח ולתנאי הכיסוי, יינתן למבוטח ככל שיבקש זאת התחייבות כספית אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי הפוליסה, למבטחת שמורה הזכות להתנות את העברת ההתחייבות כספית למבוטח במתן ערבונות לצורך השבת ההתחייבות הכספית ככל שיהיה בכך צורך.

15. מקרה ביטוח המכוסה על ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי ו/או על ידי פוליסה נוספת או

יותר אצל המבטחת

15.1 כפל ביטוח

- 15.1.1 המבטחת תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר.
- 15.1.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 15.1.3 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים ששילמה בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החולים.
- 15.1.4 המבטחת אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה לפי פרק זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל מהמבטחת.
- 15.1.5 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, יהא עליו להעבירו למבטחת. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך.
- 15.1.6 קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.
- 15.1.7 המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח. ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.



16. ביטול הפוליסה

- 16.1** תקופת הביטוח לגבי כל מבטוח ו/או לגבי כלל המבטוחים, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, **לפי המועד המוקדם שביניהם:**
- 16.1.1** בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
16.1.2 עם מותו של המבטוח.
16.1.3 במועד בו פסקה הזיקה בין בעל הפוליסה לבין המבטוח
- 16.2 ביטול על ידי המבטוח**
- 16.2.1** המבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות סעיף 7 לעיל.
16.2.2 המבטוח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה למבטחת באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה.
16.2.3 ביטול הפוליסה לגבי מבטוח מסויים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבידה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסויים.
- 16.3 ביטול על ידי המבטחת:**
 המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח

17. כפיפות להסדר התחיקת

- 17.1** על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.
- 17.2** במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישומו החוזר בשינוי דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטחת ובהסכמת בעל הפוליסה.

18. מתן מסמכים למבטוח:

- 18.1** המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 18.2** על אף האמור בסעיף 18.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצין כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 18.3** חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.
- 18.4** נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח המבטחת למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטחת רשאית שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

19. מתן הודעות למבטוח:

- 19.1** חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח בתקנת משנה זו – (להלן: מועד תחילת השינוי) תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
- 19.2** לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. "חודשה פוליסה לקבוצת מבטוחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחר לכל יחיד בקבוצת המבטוחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח .

19.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים 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.

19.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת 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.

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

לעניין סעיף זה, "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

20. התחייבויות המבטחת:

מבלי לגרוע מהוראות סעיף 19 לעיל, המבטחת מתחייבת, תוך 30 יום ממועד תחילת הביטוח להפיץ לכל אחד מיחיד קבוצת המבוטחים חוברת הכוללת את תנאי הפוליסה וגילוי נאות בין באופן ישיר ובין באמצעות בעל הפוליסה.

21. הודעות והצהרות

כל ההודעות וההצהרות הנמסרות למבטחת על ידי בעל הפוליסה או המבוטח או כל אדם אחר צריכות להימסר בכתב על גבי הטפסים שיהיו מקובלים אצל המבטחת באותו מועד, במשרדי המבטחת, זולת הצעת ביטוח שנמסרה באמצעות הטלפון.

22. סתירות

במקרה של סתירה בין תנאים אלה לבין התנאים של נספח מסוים שצורף לפוליסה זו, יחולו תנאי הנספח ככל שמיטיבים עם המבוטח, ועל שאר חלקי הפוליסה יחולו התנאים הכלליים.

23. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. היתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה והכל בהתאם ובכפוף לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח.

24. ברירת הדין

24.1 פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק לפי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

24.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

25. התאמת דמי הביטוח

25.1 בתום כל 36 חודשים ממועד תחילת הביטוח ("תקופת הביטוח הנבחנת") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחה הקבועה להלן.

כהפסדים בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח הנבחנת יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתביעות והתלויות לרבות IBNR, בגין אותה תקופת ביטוח נבחנת של 33 החודשים שקודמים לבדיקה כשהוא משוערך למדד עבור כל הכיסויים הכלולים בפוליסה על סכום של 70% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה של 33 החודשים האמורים כשהן משוערכות למדד על כל הכיסויים בפוליסה.

החישוב הנ"ל יעשה אם יתברר, כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח, כהגדרתם לעיל, יועלו דמי הביטוח לתקופות הבאות בגובה המתאים לאיזון ההפסדים העתידיים. בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 30% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.

אחת לשנה יהא רשאי בעל הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטחת, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם אם ידרש.

פרק ב'- חריגים לאחריות המבטחת החלים על כל פרקי הפוליסה:

1. הוראות כלליות
 - 1.1 פרק זה מונה את ההגבלות, הסייגים והחריגים (להלן – "החריגים הכלליים") החלים על פוליסה זו ועל כל אחד מפרקיה.
 - 1.2 בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק זה, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המיוחדים (להלן – "החריגים המיוחדים") לגבי כל אחד מהכיסויים הביטוחיים המפורטים בפרקי הפוליסה.
2. חריג מצב רפואי קודם
 - 2.1 המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מפרקיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
 - 2.2 תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:
 - 2.2.1 היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.
 - 2.2.2 היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.
 - 2.2.3 להסרת ספק, לגבי מבטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח קיים לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותו לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו.
 - 2.2.4 לגבי מבטחים שאינם מבטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.
 - 2.2.5 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.
 - 2.2.6 הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.
 - 2.2.7 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.
- 2.3 השבת דמי הביטוח

פטורה המבטחת מחובתה בשל ההוראות המפורטות לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

3. חריגים נוספים החלים על כל אחד מפרקי הפוליסה

בנוסף לאמור לעיל, המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי פוליסה זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם. חריגים אלו לא יחולו על פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

- 3.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 3.2 מקרה הביטוח אירע במהלך של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.
- 3.3 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים.

- 3.4 מקרה הביטוח נגרם עקב אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 3.5 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ובמחלות: HUMAN T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ו- Lymphadenopathy associated virus (LAV) ו/או מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האיידס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא.
- 3.6 מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בו/ה השתתף המבוטח.
- 3.7 מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 3.8 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רחיפה, דאיה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה.
- 3.9 בדיקות שגרה ומעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 3.10 טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.

4. המבטחת אינה אחראית לשירותים הרפואיים הניתנים על ידיה ולתוצאותיהם:
למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזה, בחירת הרופא המטפל ו/או ספק השירות הרפואי ו/או בית החולים שבו יינתן השירות הרפואי ו/או כל יתר הטיפולים והשירותים המכוסים בפוליסה, נעשים על ידי המבוטח, והמבטחת איננה אחראית לטיב השירותים הרפואיים ו/או לפעולות נותני השירותים הרפואיים כאמור לעיל, ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים הניתנים למבוטח בקרות מקרה הביטוח על ידי כל נותן שירות ו/או מוכר מוצר כאמור ו/או ספק השירות הרפואי לרבות ו/או כל לכל נזק שייגרם על ידם.
מובהר בזאת, כי האמור לעיל חל גם אם הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן השירות שבהסכמ ו/או בתיאום עם המבטחת ו/או חברה קשורה ו/או על ידי הפניית המבוטח לנותן השירות.

5. הודעות:
- 5.1 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
בעל הפוליסה: המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון
- 5.2 המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות
ת.ד. 927
תל-אביב 61008
- 5.3 כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נותן ההודעה לתיתן.
- 5.4 בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח או המבטחת לפי העניין, להודיע על כך לצד השני בכתב.



כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.
כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודה כאמור.

5.5

5.6

ולראיה באו הצדדים על החתום:

המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ



השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן ו/או תפצה את המבוטח בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים לרבות החריגים המהווים חלק בלתי נפרד מכיסוי זה.

1. הגדרות:

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

- | | |
|-----|--|
| 1.1 | השתלה: בהתאם לסעיף 1.19 בפרק התנאים הכלליים. |
| 1.2 | טיפול מיוחד בחו"ל: בהתאם לסעיף 1.25 בפרק התנאים הכלליים. |
| | לצורך הגדרה זו: טיפול חלופי - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל. |
| | תוצאות גופניות חמורות יותר - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול ברפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח. |
| 1.3 | הטסה רפואית - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח. |
| 1.4 | התנאים הכלליים - פרק התנאים הכלליים לפוליסה. |
| 1.5 | חוק השתלת איברים - חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008. |

2. מקרה הביטוח:

- | | |
|-------|--|
| 2.1 | מקרה הביטוח הינו אחד או יותר מאלה: |
| 2.1.1 | מקרה הביטוח בהשתלה - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה. |
| 2.1.2 | מקרה הביטוח בטיפול מיוחד - מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד. |

3. תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת:

- | | |
|-------|--|
| 3.1 | לגבי מקרה ביטוח של השתלה, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן: |
| 3.1.1 | רופא מומחה בישראל קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים. |
| 3.1.2 | ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה. |
| 3.1.3 | ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 (להלן: "חוק השתלת איברים"). |
| 3.2 | לגבי מקרה ביטוח של טיפול מיוחד, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן: |
| 3.2.1 | רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים. |
| 3.2.2 | הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה. |
| 3.2.3 | הטיפול המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה יבוצע. |

4. תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת:

- | | |
|-----|--|
| 4.1 | עם היודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, המחייב קבלת טיפול, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי תכנית ביטוח זו. בוצעה/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות המוכרות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו. |
| 4.2 | הוראות מיוחדות לענין ביצוע השתלה:
תכנית ביטוח זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר: |

- 4.2.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.
- 4.2.2 מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של השתלה:

- 5.1 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שבהסכם, תשלם המבטחת את השיפוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות"), בגין ביצוע ההשתלה, ישירות לנותן השירות שבהסכם.
- 5.2 סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,000,000 ש"ח. סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שההשתלה נעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.
- 5.2 המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבטוח, בהתאם לחביונות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).
- 5.2 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבטוח, בגין ההוצאות המוכרות אשר ניתנו לו לצורך ההשתלה. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי או בגין השתלת איבר מן החי, לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,000,000 ש"ח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 4,500,000 ש"ח.
- 5.3 המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבטוח, בהתאם לחביונות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).
- 5.3 מובהר, כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.
- 5.4 להסרת ספק, במקרה בו יושטלו/ו מח עצמות ו/או תאי גזע מתורם אחר לגוף המבטוח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מגופו של המבטוח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. להסרת ספק, במקרה בו יושטל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבטוח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 5.4 בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבטוח ו/או תשלם לספק השירות עבור סך הוצאות המוכרות המפורטות להלן וזאת עד לתקרת סכומי הביטוח הנקובים בסעיפים 5.2-5.1, לפי העניין, ובהתאם לתקרות ולתנאים המפורטים להלן בגין כל הוצאה:
- 5.4.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבטוח הנובעות ממקרה הביטוח, עד סכום ביטוח מירבי בסך 25,000 ש"ח לסדרת בדיקות אחת, ולא יותר משלוש סדרות לכל מקרה ביטוח.
- 5.4.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הפרוצדורה הרפואית.
- 5.4.3 תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבטוח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 5.4.4 תשלום לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח, עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבטוח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 5.4.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבטוח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבטוח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבטוח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, עד סכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ש"ח.
- 5.4.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבטוח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד סכום ביטוח מירבי בסך 1,000 ש"ח ליום, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 50,000 ש"ח למקרה ביטוח. היה המבטוח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.8 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה.
- 5.4.9 תשלום עבור העברת גופת המבטוח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע ההשתלה.

- 5.4.10 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 60,000 ש"ח**
- 5.4.11 הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 170,000 ש"ח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.**
- 5.4.12 **גמלה חודשית בגין מקרה ביטוח למעט השתלת מח עצם עצמית:**
- 5.4.12.1 **עבור מועמד להשתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית):** מבוטח אשר בקרות מקרה הביטוח מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך **7,500 ש"ח** בגין התקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל **ולא יותר מ- 12 חודשים**. מבוטח כאמור השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי **לחלופין** לגמלה חודשית בסך **3,750 ש"ח** ולמשך תקופה של עד 12 חודשים. **תנאי מוקדם לצורך קבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.**
- 5.4.12.2 **גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית):** בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, **למעט השתלת מח עצם עצמית**, תשלם המבטחת למבוטח **בחיייו** גמלה חודשית בגובה **7,700 ש"ח למשך תקופה של עד 24 חודשים**.

5.5

אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של **250,000 ש"ח** בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בטרם ביצוע ההשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר. פיצוי זה ישולם במקום המפורט בסעיפים 5.4-5.1 והמבוטח לא יהיה זכאי לתגמולים נוספים בגין השתלה והכיסוי להשתלות על פי פרק זה יסתיים. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי, כאמור בסעיף זה, מיצה את מלא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה וכי אינו זכאי לתגמולי ביטוח נוספים בגין ההשתלה.

6. התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של טיפול מיוחד:

- 6.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות הממשיות המפורטות בסעיף 6.3 להלן, שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, **להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי), במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, מקופת החולים הרלוונטית. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך **850,000 ש"ח**.**
- 6.2 **מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.**
- 6.3 בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות בגין הטיפול המיוחד עד לתקרה הקבועה בסעיף 6.1 לעיל, כמפורט דלקמן ותישא בהחזרים הבאים:
- 6.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח עד לסכום שיפוי מירבי בסך **25,000 ש"ח לסדרת בדיקות אחת, ולא יותר משלוש סדרות לכל מקרה ביטוח.**
- 6.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות כיוסי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הפרוצדורה הרפואית.
- 6.3.3 תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שניתנו למבוטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.4 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.5 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, **עד לסכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ש"ח.**
- 6.3.6 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול אך לא יותר מסכום שיפוי מירבי בסך **1,000 ש"ח ליום ועד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל.** היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ- 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.

6.3.7 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.

6.3.8 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 60,000 ש"ח

7. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד:

נפטר המבוטח כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד המכוסים על פי תכנית ביטוח זו, במהלך ההשתלה או הטיפול המיוחד המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי נוסף בסך 120,000 ש"ח, ובלבד שההשתלה או הטיפול המיוחד בוצעו בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבטחים שבעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מלאו להם 21 שנה.



פרק ב' - תרופות מיוחדות

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן וכן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מכיסוי זה.

1. הגדרות:

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:**
- 1.1 **בית מרקחת:** מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן – "נותן השירות").
 - 1.2 **המדינות המוכרות:** ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
 - 1.3 **השתתפות עצמית ברכישת תרופות:** סכום שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן למבוטח לתקופה של חודש, ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.
 - 1.4 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
 - 1.5 **מחיר מרבי מאושר:** הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשטנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. **לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.**
 - 1.6 **מרשם:** מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, **ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.**
 - 1.7 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל **ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.**
 - 1.8 **רשימת התרופות המאושרות:** רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א – 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו – 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
 - 1.9 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה ואשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.
 - 1.10 **"הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**
תרופה OFF LABEL: תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, **ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:**
 - 1.10.1 פרסומי ה-FDA
 - 1.10.2 American Hospital Formulary Service Drug Information
 - 1.10.3 US Pharmacopoeia - Drug Information
 - 1.10.4 Drugdex (Micromedex), **ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):**
 - 1.10.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.10.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B.
 - 1.10.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.
 - 1.10.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
 - 1.10.5.1 NCCN
 - 1.10.5.2 ASCO
 - 1.10.5.3 NICE
 - 1.10.5.4 Esmo Minimal Recommendation
 - 1.10.5.5 התרופה נמצאת בהליכי הגשה לרישום או הוגשה לרשויות לאישור בגין מחלתו של המבוטח
 - 1.10.5.6 התרופה ניתנת מכוח סעיף 29 ג' לפקודת הרוקחים (אישור למתן תכשיר רפואי שאינו אום בספר התרופות לחולה הספציפי). יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל

לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן ובתנאי שקיימים שני מחקרים לפחות המאשרים כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
1.10.5.7 נטל ההוכחה כי התרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ע"י אחד מהפרסומים ו/או המאגרים המפורטים בסעיפים לעיל, מוטל על המבוטח.

- 1.11 תרופת יתום:** תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, אשר אושרה והוכרה כתרופת יתום/כתרופה יתומה ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח **למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.**
- 1.12 תרופה נסיונית:** תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח. לעניין זה, יובהר כי תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום, כמוגדר לעיל, לא תיחשב כתרופה נסיונית.

2. מקרה הביטוח:

- מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי.**
 תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, בקרות מקרה ביטוח, לאחר כניסת התכנית ביטוח לתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה, בגין רכישת אחת או יותר מהתרופות הבאות:
- 2.1 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
 תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.2 תרופה, הכלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
 תרופה אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.3 תרופה OFF LABEL** כהגדרתה לעיל.
2.4 תרופת יתום כהגדרתה לעיל, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.

3. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת:

- 3.1** המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
3.2 מובהר, כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.
3.3 לא קוימה חובת המבוטח להודיע למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, תשלם המבטחת את ההוצאות, כפי שהיו, לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש הסכם עמו, בהיקף זכאות המבוטח ל פי פרק זה.
3.4 (לא קיים בפוליסה המסתיימת) בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה, עלות רכישת התרופה משמעה- הסכום ששילמה המבטחת בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על סכום השיפוי המירבי הקבוע לתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.



4. התחייבויות המבטחת:

4.1 הוצאות רכישת תרופה:

בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות ו/או תשלום ישירות לגותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, בניכוי השתתפות עצמית, ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:

4.1.1 בגין רכישת תרופות המפורטות בסעיף 2 לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו

הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופות עד סכום שיפוי מירבי בסך 2,000,000 ₪ למקרה ביטוח. הסכום הינו מתחדש בעת חידוש תקופת הביטוח. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח.

4.1.2 השתתפות עצמית:

החזר הוצאות בגין רכישת תרופה, בין אם הרכישה בוצעה על ידי המבוטח ובין אם באמצעות המבטחת, ישולמו בניכוי השתתפות עצמית בסך של 250 ₪ כמפורט בסעיף 1.3 לעיל. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת

5. כיסויים נלווים:

5.1 שיפוי בגין עלות השירות:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות, עד לסכום שיפוי בסך 300 ₪ ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

5.2 השתתפות הקופה ו/או השב"ן:

היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת תכנית ביטוח זו, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור בסעיף 4.1:

5.2.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5.2.2 בנוסף לאמור בס"ק 5.2.1 לעיל יקבל המבוטח פיצוי חודשי בשיעור 10% מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, ולא יותר סך של 1,800 ש"ח לחודש.

6. סכום הביטוח המירבי

סכום הביטוח המירבי שתשלם המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה, בין אם תגמולי הביטוח שולמו כשיפוי ו/או כפיצוי למבוטח ובין אם שולמו ישירות לספק השירות, יהיה לתקרה של 2,000,000 ₪.

7. חריגים מיוחדים:

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות, למעט אלה שבוטלו מפורשות בתכנית ביטוח זו, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו במקרים הבאים:

- 7.1 שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.
- 7.2 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי תרופה מתחום הרפואה המשלימה.
- 7.3 תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
- 7.4 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 7.5 תרופה לטיפול שיניים.
- 7.6 תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 7.7 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון / תזונה.
- 7.8 טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV ו/או טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).

8. תביעות:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבותיה או תעביר ישירות את הוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

- 8.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
- 8.1.2 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדן, יוחזרו למבטחת.

9. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 9.1 שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.
- 9.2 חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו.



פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות:

- בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:
- 1.1. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי, אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול מחליף ניתוח צפוי להביא, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח; ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.
 - 1.2. **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
 - 1.3. **שירותים רפואיים הקשורים בניתוח:** שכר מנתח בבית חולים, שכר רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז עד 30 ימים בבית חולים כולל אשפוז טרום ניתוח.
 - 1.4. **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה. הכיסוי כולל העברה ברכב יבשת משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2. מקרה הביטוח:

- 2.1. **ניתוח בחו"ל:** מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

3. תנאים מוקדמים להתחייבויות המבטחת:

- 3.1. **ביצוע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח אושרו מראש ובכתב על ידי המבטחת, לרבות מועד ביצוע הניתוח או טיפול המחליף ניתוח ובכפוף למפורט בתנאים הכלליים.**
בוצע במבוטח ניתוח או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את הוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים ומנתח אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמם הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פרק זה.
- 3.2. המבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ- 180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח. במידה ולא מתקיים במבוטח תנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.
- 3.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום ואינה כוללת ביטוח נסיעות לחו"ל.

4. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח שהינו ניתוח בחו"ל:

המבטחת מתחייבת לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח, בגין ניתוח בחו"ל בכפוף לאמור בסעיף 3 לעיל, כדלקמן:

- 4.1. **שירותים רפואיים הקשורים בניתוח:**
 - 4.1.1. שכר מנתח בבית חולים – שיפוי מלא
 - 4.1.2. שכר רופא מרדים בבית חולים – שיפוי מלא
 - 4.1.3. כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים – שיפוי מלא למשך תקופת אשפוז שלא תעלה על 30 יום.
 - 4.1.4. הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים – שיפוי מלא
- 4.2. **שתל-** בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושטלו/ו במבוטח שתלים/כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתלים הנ"ל עד לסכום ביטוח מירבי בסך 40,000 ש"ח לאותו הניתוח.

- 4.3. שכר אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח- המבטחת תחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 600 ש"ח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי אשפוז.
- 4.4. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים- המבטחת תחזיר למבוטח את מלוא הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.
- 4.5. התייעצות עם מומחה בחו"ל לפני ניתוח:
- 4.5.1. מקרה הביטוח בסעיף זה: מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בחו"ל; וכן טיסת המבוטח לחו"ל לצורך קיום התייעצות, בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:
- 4.5.1.1. הרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית, כדי שיוכל ליעץ לו, כאמור.
- 4.5.1.2. רופא המבטחת אישר את קביעתו.
- 4.5.2. המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוציא כאמור, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 3,800 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת בחו"ל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.
- 4.5.3. בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה לישראל, בהתאם למחר הכרטיס במחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו המועד ועד לתקרה של 3,500 ש"ח.
- 4.6. כיסוי להתייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח
- 4.6.1. נזקק המבוטח להתייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת בגין ניתוח שאושר ובוצע במימון המבטחת על פי תכנית ביטוח זו, תשפה המבטחת את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות עם הרופא המנתח בחו"ל לצורך ביקורת לאחר הניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוציא כאמור, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 3,800 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי התייעצות אחת בחו"ל לצורך ביקורת לאחר ניתוח במהלך שנת ביטוח.
- 4.6.2. בנוסף, ובכפוף לאישור זכאות ע"י המבטחת, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל וחזרה לישראל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד, ועד לתקרה בסך 3,500 ש"ח.
- 4.7. הוצאות נוספות
- בנוסף לאמור בסעיפים 4.1-4.7 לעיל, תשתתף המבטחת בכיסוי ההוצאות המפורטות להלן:
- 4.7.1. כיסוי להוצאות הטסה:
במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 8 ימים, תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.
- 4.7.2. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:
במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה המבטחת את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד גובה סכום ביטוח מירבי בסך 50,000 ש"ח.
- 4.7.3. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:
במקרה שהמבוטח אושפז, תחזיר המבטחת למבוטח את הוצאות שהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, בכפוף להשתתפות עצמית של 50% מסך כל ההוצאות שהוצאו כאמור, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 600 ש"ח ליום, החל מהיום ה-8 לאשפוז ועד תקרה של 33 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 4.7.4. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:
המבטחת תכסה את הוצאות שהייה של המבוטח בחו"ל בכפוף לאישור מראש ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסכום ביטוח

מירבי בסך 600 ש"ח ליום לשהיית מלווה בהתאם לסעיף 4.7.3, ועד לתקרה של 5 ימי שהייה בחו"ל מיום ששחרר המבוטח מבית החולים.

4.7.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח כתוצאה מניתוח בעת שהותו בחו"ל, ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 (שלושה) ימים מיום שחרורו מבית החולים בחו"ל.

4.7.6. הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על סך של 50,000 ש"ח למקרה ביטוח.

4.8. הוצאות לאחר ניתוח

4.8.1. ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:

המבטחת תשלם הוצאות ריפוי בעיסוק שנדרשו בעקבות ניתוח, המכוסה בתכנית ביטוח זו, עד סכום ביטוח מירבי בסך 180 ש"ח לטיפול, עבור 10 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20% מסך ההוצאה בפועל, שישולמו עבור כל טיפול, ולתקופה שלא תעלה על 120 יום לאחר ביצוע הניתוח.

4.8.2. הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח, המכוסה בתכנית ביטוח זו, אשר משך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות ההחלמה של המבוטח במוסד הבראה עד לסכום ביטוח מירבי בסך 800 ש"ח לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 5 ימים, וכן בתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.

5. פיצוי במקרה של מוות בנייתוח אלקטיבי למבוטחים מגיל 21:

נפטר המבוטח כתוצאה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, במהלך הניתוח או תוך 7 ימים (יום הניתוח ועוד 6 ימים), תשלם המבטחת למוטבים על פי תכנית ביטוח זו, ובהיעדר קביעת מוטבים – ליורשי המבוטח על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח על פי המפורט לעיל, פיצוי בגובה 120,000 ש"ח, ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח. כיסוי זה יהיה בתוקף עבור מבוטחים שבעת ביצוע הניתוח מלאו להם 21 שנה.

6. סכום השיפוי המירבי בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:

6.1. סכום השיפוי המירבי בגין טיפול מחליף ניתוח ו/או סדרת טיפולים מחליפי ניתוח אשר בוצעו בחו"ל לא יעלה על הנמוך מבין הסכומים הבאים, המפורטים להלן:

6.1.1. 200% מהוצאות ביצוע הניתוח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל, שמשמען סך התשלומים בגין השכר שהיה משולם למנתח שאינו בהסכם, בגין הניתוח, שהטיפול המחליף ניתוח בא להחליפו והוצאות חדר ניתוח ואשפוז שהיו משולמות לבית חולים פרטי אחר, בגין הניתוח, שהטיפול המחליף ניתוח בא להחליפו, אם היה מבוצע בישראל וזאת בהתאם לעלות המפורטת באתר האינטרנט של המבטחת.

6.1.2. שיפוי מירבי בסך 200,000 ש"ח.

6.2. מובהר בזאת, כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

7. תגמולי ביטוח

מבלי לגרוע מהאמור בהוראות הקבועות בתנאים הכלליים לעניין הגשת תביעות, שיפוי יינתן במסגרת תכנית ביטוח זו בגין תשלומים עבור טיפולים מחליפי ניתוח שניתנו בפועל למבוטח. לא יינתן שיפוי בטרם קבלת הטיפול המחליף הניתוח ו/או בגין התחייבות נותן בטיפול המחליף ניתוח לטיפול מחליפי ניתוח עתידיים. אין באמור כדי לגרוע מזכותו של המבוטח לתבוע לאחר תקופת הביטוח, בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח.

8. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 8.1. בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות/ הזרקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמייה לרבות CT ו- MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 8.2. ניתוחי או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 8.3. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.
- 8.4. פעילות ספורטיבית מקצוענית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 8.5. לידה בניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי, למעט ניתוח קיסרי הנובע מצורך רפואי.
- 8.6. טיפול בפטרת הציפורן ו/או העור באמצעות לייזר.



רובד הרחבה

פרק ד-1. כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – שקל ראשון

קרה מקרה הביטוח, תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

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

- 1.1 **בית חולים פרטי - אחד מאלה:**
 - 1.1.1 בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/ או התייעצויות כהגדרתן בתכנית ביטוח זו.**
- 1.3 **הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.**
- 1.4 **הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד התייעצות הרפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.**
- 1.5 **התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;**
- 1.6 **טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;**
- 1.7 **מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת.**
- 1.8 **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;**
- 1.9 **נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, מנתח ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ו/או בהסדר התייעצויות ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המנתח ו/או המוסד הרפואי צד להסכם. יובהר כי רשימת נותני השירות בהסדר מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת.**
- בטרם ביצוע הליך רפואי באמצעות נותן שירות בהסדר יש לוודא באתר האינטרנט של המבטחת ו/או במוקד השירות בטלפון- 2000 * כי נותן השירות הינו בהסדר עם המבטחת וכן לפעול בהתאם להוראות סעיפים 2.3-2.4 להלן.**
- 1.10 **ניתוח – פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;**
- 1.11 **קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.12 **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;**
- 1.13 **שתל- כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**
- 1.14 **תכנית השב"ן- תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.**
- 1.15 **תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה (תכנית ביטוח זו); תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.**

2. מקרה הביטוח

- 2.1. מקרה הביטוח הינו ניתוח ו/או תחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3. עם היוודע למבוטח הצורך בביצוע הליך רפואי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, עליו להודיע על כך למבטחת מראש ובכתב, ולקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.
- 2.4. לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.
- 2.5. יובהר כי תשלומים בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו.

3. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

בקרות מקרה הביטוח, יהא זכאי המבוטח, בכפוף להוראות ולתנאים בתכנית ביטוח זו, לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן בגין ההליך הרפואי:

3.1. התייעצויות

- 3.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר, כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.1.2. התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,000 ₪ להתייעצות.

3.2. שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר

- 3.2.1. המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.
- 3.2.2. המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.

- 3.2.3. יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין הניתוח, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

3.3. טיפול מחליף ניתוח

- 3.3.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.
- 3.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה החזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.



4. תקופת האכשרה

- 4.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
- 4.2. על אף האמור בסעיף 4.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. חריגים מיוחדים

המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

- 5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 5.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.



פרק 2ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים. יובהר, כי בכל מקרה של סתירה בין ההגדרות והתנאים המופיעים בתנאים הכלליים לבין ההגדרות והתנאים המופיעים בסיסיו זה, יגברו התנאים וההגדרות המופיעים בתכנית ביטוח זו.

1. הגדרות

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

- 1.1. **בית חולים פרטי – אחד מאלה:**
 - 1.1.1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2. **ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** כיסוי המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לתכנית ביטוח "כיסוי מלא" שתהא בתוקף באותה עת, תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים בנספח כיסוי מלא אצל המבטחת באותה עת.
- 1.3. **הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות** כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.
- 1.4. **הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.**
- 1.5. **הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית הנקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.**
- 1.6. **התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;**
- 1.7. **טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;**
- 1.8. **מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסכם.**
- 1.9. **מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח.**
- 1.10. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה.**
- 1.11. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים- מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים. כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:**
 - 1.11.1. פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלוםם לשב"ן.
 - 1.11.2. השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.
 - 1.11.3. חלות תקופת אכשרה/ המתנה חדשה בשב"ן על מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר.
- 1.12. **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;**
- 1.13. **נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**
- 1.14. **ניתוח – פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;**

- 1.15 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;
- 1.16 קופת חולים - להגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.17 שתל - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.18 תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון") - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.
- 1.19 תכנית השב"ן - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
- 1.20 תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח.
- 1.21 תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן - תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

2. מקרה הביטוח

- 2.1 מקרה הביטוח הינו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.
- 2.3 הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו הינו רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות קופת חולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח. פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על פי תכנית ביטוח זו הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מלא מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בתכנית ביטוח זו.

3. תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת

- 3.1 עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, יפנה המבוטח תחילה אל קופת החולים בה הינו מבוטח בתכנית שב"ן למימוש זכאותו על פי תכנית השב"ן שברשותו ויפעל למיצוי מלוא הזכויות, המוקנות לו בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר. המבוטח ישתף פעולה עם המבטחת ככל שיידרש וכן יודיע למבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.
- 3.2 נוסף על האמור, על המבוטח להודיע למבטחת מראש ובכתב על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.
- 3.3 לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.
- 3.4 יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו, למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 5.2.3 להלן.

4. תגמולי הביטוח:

- 4.1 מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:
בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן, המבוטח יהא זכאי לכיסוי על פי תכנית ביטוח זו בגין הוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן, רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההליך הרפואי שבוצע.
- 4.2 מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:
בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסויים, המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין הוצאות המכוסות בסעיפים 5.1-5.3, לבין הוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "ההפרש").
לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי

המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל המבוטחים בשל דחיה כללית:

בקרות מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן, לרבות בשל תקופת אכשרה ו/או המתנה בשב"ן, וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיפים 5.1-5.3 להלן.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח

בקרות מקרה ביטוח, ולאחר מיצוי הזכויות בשב"ן, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן בגין הליך רפואי, וזאת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ובכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בסעיף 4 לעיל

5.1. התייעצויות:

5.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר, כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

5.1.2. התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,000 ש"ח להתייעצות.

5.2. שכר מנתח והוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח

5.2.1. המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

5.2.2. המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.

5.2.3. יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר, למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

6. טיפול מחליף ניתוח:

6.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.

6.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה החזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע באתר האינטרנט יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

7. ברות ביטוח

7.1. בעל הפוליסה או המבוטח, לפי הענין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב למבטחת, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי תכנית ביטוח זו, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

7.1.1. ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת. מועד ביטול החברות בשב"ן: מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מביניהם.

7.1.2. מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).

7.2. הזכאות למימוש ברות ביטוח, בהתאם לסעיף זה תהיה תקפה למשך 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.

7.3. תחילת תקופת הביטוח בנספח כיסוי מלא תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

7.4. על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 7.1.1 ו-7.1.2 לעיל.

7.5. על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

8. תקופת אכשרה

- 8.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
8.2. על אף האמור בסעיף 8.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

6. חריגים מיוחדים

- המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
- 6.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
6.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ו' - שירותים אמבולטוריים

1. **הגדרות:**
הגדרות אלה הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק התנאים הכלליים ולהגדרות המופיעות בכל אחד מפרקי הפוליסה.
 - 1.1 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.
 - 1.2 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, צילומים ו/או שיקופי רנטגן וכן בדיקות הדמיה, אולטראסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), MRI, א.ק.ג ובדיקות דימות כגון: PET, EEG, EMG, CARDIO CT קולונסקופיה וירטואלית, חוות דעת שניה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים וכל בדיקה אחרת המבוצעת בטכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד לאבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול בה, וכן בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה.
 - 1.3 חות דעת רפואית ראשונה: דוח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, MRI, CT, US, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.
2. **מקרה הביטוח:**
הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים להלן אשר יינתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתנאי הזכאות המפורטים בכל סעיף בנפרד.
3. **תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת:**
קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תיעשה על ידי רופא מומחה כהגדרתו בפוליסה באישור מוקדם של המבטחת.
4. **התייעצויות עם רופא מומחה בישראל**
המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בישראל שאינה קשורה לניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%, אך לא יותר מסך של 1,000 ש"ח להתייעצות (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה ו/או גניקולוג המטפלים באופן קבוע במבוטח. מובהר כי התייעצות, כאמור, תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון אבל לא במעקב שגרה של הריון, והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד אך לא במעקב של שגרה). המבוטח יהיה זכאי לשלוש התייעצויות עם רופא מומחה בישראל במהלך שנת ביטוח.
5. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:**
תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין בדיקות אבחנתיות עד לסך 10,000 ש"ח לכלל הבדיקות לשנת ביטוח.
6. **טיפולים פיזיותרפיים:**
לפי הוראת רופא וע"י פיזיותרפיסט מוסמך, עד 1,200 ש"ח לשנה לטיפול למצב רפואי אחד ובכל מקרה לא יותר מ-100 ש"ח לטיפול. 20% השתתפות עצמית.
7. **בדיקות הריון - למבוטחת ו/או לאם פונדקאית:**
החזר עד 1,500 ש"ח לכל הריון, בגין בדיקות לקראת הריון ו/או במהלכו כולל או לרבות הבדיקות הבאות: סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס, קנוון. בדיקת סיסי שלה/מי שפיר, סריקה על קולית אחת מוקדמת או מאוחרת ובדיקת שקיפות עורפית. מוסכם, כי הזכאות לביצוע בדיקות הריון יחולו גם לגבי אם פונדקאית אשר לה זיקה חוקית למבוטחת על פי הסכם זה. בכפוף ל-20% השתתפות עצמית



פירוט הפרמיה החודשית ב-ש לתכנית הביטוח:

רובד בסיס – מימון מלא לעובד/ת ללא גילום שווי מס	
ש 14	עובד/ת (במימון בעל הפוליסה ללא גילום שווי מס)
ש 14	בן/בת זוג, ילד בוגר מעל גיל 25
ש 4	ילד (עד גיל 25)

רובד ההרחבה		
מסלול ניתוחים "משלים שב"ן"	מסלול ניתוחים "מהשקל הראשון"	קבוצת גיל
ש 60	ש 72	עובד/ת
ש 60	ש 72	בן/בת זוג, ילד בוגר מעל גיל 25
ש 21	ש 21	ילד (עד גיל 25)

- ילד שלישי ואילך חינם
- מדד יסודי: מדד אשר יפורסם ביום 15.2.2015



נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט - 2009
פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי)

שם בעל הפוליסה: המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון

הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

_____ המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון

_____ תאריך

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: המכללה האקדמית להנדסה סמי שמעון

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הפרמיה בגין רובד הבסיס עבור חברי בעל הפוליסה ממומנת על ידנו ללא גילום שווי המס.
2. אנו מתחייבים כי במידה והעובד יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו בגין הביטוח ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטח לאלתר.

_____ תפקיד

_____ תאריך

_____ חתימת בעל הפוליסה