

תוכן עניינים:

2	גילוי נאות
16	תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה
37	הגדרות כלליות
42	פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
47	פרק ב' – השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
	פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול מלא מהשקל
51	הראשון
56	פרק ג'2 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול משלים שב"ן
64	פרק ד' – ניתוחים בחו"ל
66	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים
70	פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטח מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13
72	דף רשימה
	כתבי שירות –
73	ייעוץ תרופתי
77	רופא עד הבית

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

תנאים	סעיף	
פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי (קולקטיבי) לעובדי גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ ובני משפחתם	שם הפוליסה	כללי
גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ	שם בעל הפוליסה	
הפניקס חברה לביטוח בע"מ	שם החברה (המבטח)	מבוטחים
"עובד קיים" – עובדת אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה.		
"עובד חדש" – עובד חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה.		
"בן משפחה" – בן/בת זוג של עובד ו/או ילדיו של העובד ו/או ילדיו של בן/בת זוג/תו של העובד.		
"דור ב'" – ילד של עובד ו/או בן/בת זוג ו/או ילד של ילד של עובד בעל הפוליסה.		
"מבוטח חוזר" – עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחתו שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו וחדש את צירופו לביטוח לאחר הביטול.		
<p>פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>פרק ב' – השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול מלא מהשקל הראשון</p> <p>פרק ג'2 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול משלים שב"ן</p> <p>פרק ד' – ניתוחים בחו"ל</p> <p>פרק ה' – שירותים אמבולטוריים</p> <p>פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטח מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13</p> <p>כתבי שירות - ייעוץ תרופתי רופא עד הבית</p>		
31.08.18 – 01.09.13	משך תקופת הביטוח	

תנאים	סעיף	
<p>הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 5 שנים כל אחת, אלא אם הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 90 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.</p>	<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	
<p>בכל עת במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח.</p>	<p>ביטול הפוליסה ע"י המבטח</p>	
<p>עקב אי תשלום פרמיה.</p>	<p>ביטול הפוליסה ע"י המבטח</p>	
<p>הפסיק המבטוח להיות מבטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, פטירה יוכל המבטוח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה בשיעור של 30% ל-3 השנים הראשונות ו-10% החל מהשנה הרביעית ולכל חיי הפוליסה לכיסויים חופפים בלבד. הזכאות תינתן למבטוח שהגיש את בקשתו להמשכיות תוך 90 יום מיום 60 המבטח למבטוח בכתב בדבר זכאותו.</p> <p>ההחרגות הרפואיות שנקבעו על ידי המבטח בעת הכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם על הפוליסות הפרטיות.</p> <p>במסגרת המעבר לפוליסה הפרטית המבטוח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.</p> <p>ייתכן כי המעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p>	<p>המשך התוכנית במקרה של פיטורין/ עזיבה/ גירושין/ פטירה</p>	
<p>הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או מבטח אחר, יוכל המבטוח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה בשיעור של 30% ל-3 השנים הראשונות ו-10% החל מהשנה הרביעית ולכל חיי הפוליסה. הזכאות תינתן למבטוח שהגיש את בקשתו להמשכיות תוך 90 יום מיום פניית 60 המבטח למבטוח בכתב בדבר זכאותו.</p> <p>ההחרגות הרפואיות שנקבעו על ידי המבטח בעת הכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם על הפוליסות הפרטיות.</p> <p>במסגרת המעבר לפוליסה הפרטית המבטוח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.</p>	<p>המשך התוכנית במקרה של סיום ההסכם</p>	

תנאים	סעיף	
ייתכן כי המעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.		
<ul style="list-style-type: none"> ♦ פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול מלא מהשקל הראשון – סעיף 4.4.12.2. ♦ פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"ן – סעיף 5.2.9.2. ♦ פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטח מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13 – סעיף 1.5. 	תקופת המתנה	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – סעיף 7 – 90 יום. ♦ פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול מלא מהשקל הראשון – סעיף 5 – 30 יום למעט מקרים הקשורים להיריון ולידה עבורם תהא תקופת האכשרה בת 270 יום. ♦ פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"ן – סעיף 6 - 30 יום למעט מקרים הקשורים להיריון ולידה עבורם תהא תקופת האכשרה בת 270 יום. ♦ פרק ד' – ניתוחים בחו"ל – סעיף 2 - 60 יום למעט מקרים הקשורים להיריון ולידה עבורם תהא תקופת האכשרה בת 270 יום. ♦ פרק ה' – שירותים אמבולטוריים – סעיף 4 - 60 יום למעט מקרים הקשורים להיריון ולידה עבורם תהא תקופת האכשרה בת 270 יום. 	תקופת אכשרה	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – סעיף 3.1. ♦ פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול מלא מהשקל הראשון – סעיפים 4.4.9, 4.4.8. ♦ פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"ן – סעיפים 5.2.8, 5.2.7. ♦ פרק ה' – שירותים אמבולטוריים – סעיפים 2.1, 2.2.1, 2.14. ♦ כתב שירות – רופא עד הבית – סעיף 3.5. 	השתתפות עצמית	
יתכנו שינויים בתנאי הפוליסה ו/או בדמי הביטוח כתוצאה משינוי החוק או בהסכמה עם גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ.	שינויים בפוליסה במהלך תק' הביטוח	
יתכנו שינויים בתנאי הפוליסה ו/או בדמי הביטוח כתוצאה משינוי החוק או בהסכמה עם גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ.	שינוי הפרמיה במהלך תק' הביטוח	שינוי תנאים

תנאים	סעיף	
<p><u>פרמיה חודשית בש"ח – מסלול ניתוחים מלא מהשקל הראשון (ג'1):</u> עובד/ת – 71.43 ₪ בן/בת זוג – 71.43 ₪ ילד עד גיל 25 – 19.38 ₪ (החל מילד שלישי ואילך - חינם) ילד מעל גיל 25 – 71.43 ₪</p> <p>למבקש להצטרף למסלול ניתוחים משלים שב"ן תינתן הנחה בגובה 5% מהתעריפים הרשומים לעיל.</p> <p>הפרמיות צמודות למדד הבסיס שפורסם בתאריך 15.06.13 12221 נקודות.</p>	<p>ובה ומבנה הפרמיה</p>	
<p><u>להלן הפניה לסעיפי הסייגים וההחרגות בפוליסה:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ סעיפים 2.19 ו-7 – חריג מצב רפואי קודם וחריגים כלליים. ♦ פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – סעיף 5. ♦ פרק ה' – שירותים אמבולטוריים – סעיף 3. ♦ פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטח מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13 – סעיף 5. 	<p>סייגים לאחריות המבטח</p>	
<p>המבוטח יהיה משוחרר מתשלום פרמיות בגין הביטוח הסיעודי במהלך תקופת תשלום תגמולי הביטוח לאחר תום תקופת ההמתנה.</p>	<p>שחרור מתשלום פרמיה</p>	<p>ביטוח סיעודי (פרק ו') – בתוקף עד ליום 31.12.13</p>
<p>ראה פירוט הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם. לפרטים נוספים לעיין במדריך לקונה בביטוח סיעודי באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.</p>	<p>פירוט הביטוח הסיעודי</p>	
<p>פוליסה לביטוח סיעודי תבטל רק אם המבוטח ביקש לבטלה.</p>	<p>איסור התניה על כסוי לביטוח סיעודי</p>	

תקציר הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

הגדרות:

1. **"ביטוח תחליפי"** – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופת החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (כיסוי מלא).
2. **"ביטוח משלים"** – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיסי ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מהסל הבסיסי ו/או השב"ן.
3. **"ביטוח מוסף"** – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיסי ו/או השב"ן. בביטוח זה יינתן כיסוי מלא.

ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיצוץ תגמולים עם ביטוח אחר
<p>כאשר הפוליסה כוללת תגמולי ביטוח שלא בערך נקוב המבוטח זכאי לקבל מאת החברה את פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני: 03-7332222 או *3455</p>					
פרק א' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
סכום שיפוי מרבי	1,500,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
השתתפות עצמית	150 ₪ לחודש למרשם לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת ולא יותר מ-300 ₪ בחודש בגין כל המרשמים יחד. למרות האמור לעיל, בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש לא תגבה השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שירות/טיפול רפואי	עד לתקרה של 250 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 45 יום לתקופת ביטוח למבוטח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק ב' – השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
<p>למען הסר ספק יובהר כי בהמשך לחוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ובהמשך למסמך שה. 2008-23330 מטעם המפקח על הביטוח, בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</p> <p>1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.</p> <p>2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</p>					
סכום שיפוי מרבי להשתלה	נותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. נותן שירות שלא בהסכם – עד לתקרה של 5,500,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
סכום שיפוי מרבי לטיפול מיוחד בחו"ל	עד לתקרה של 900,000 ₪ למבוטח למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות רפואיות בעת אשפוז	תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים בגין בדיקות הערכה וטיפולים רפואיים לרבות כיסוי עלות הטיסה הלך ושוב לחו"ל למבוטח ומלווה לצורך ביצועו.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיוז תגמולים עם ביטוח אחר
	בדיקות וטיפול רפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז, שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי לרבות פיזיותרפיה, בדיקות לרבות בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות, שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיות, ציטולוגיה וגניקה, תרופות על פי הוראת הצוות הרפואי, הוצאות אשפוז בחו"ל לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 90 יום לפני ועד 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.				
הסתת גופה לישראל חו"ח	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות לצורך איבר להשתלה	עד לתקרה של 150,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות רפואיות הנוגעות לאיבר להשתלה	עד לתקרה של 150,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם	עד לתקרה של 250,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
הוצאות נסיעה לחו"ל	למבוטח ושני מלווים עד לתקרה של 18,500 ₪ לנסיעה ועד 3 נסיעות למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיוז תגמולים עם ביטוח אחר
	באם נדרש המבוטח לטוס מסיבות רפואיות במחלקת עסקים ישופה בכפל סכום.				
הטסה רפואית מיוחדת	עד לתקרה של 84,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה בחו"ל	למבוטח ושני מלווים עד 180 יום לפני ועד 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, עד לתקרה של 1,200 ₪ ליחיד ו-2,000 ₪ לזוג ועד לתקרה כוללת של 250,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הבאת רופא מומחה לישראל	למקרה ביטוח אחד לא יותר מהעלות הכוללת של עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפולי המשך	עד לתקרה של 100,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל במימון קופה"ח בלפחות 25% מהעלות	פיצוי חד פעמי ע"ס 12,000 ₪	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
השתלה שבוצעה ללא מעורבות החברה	פיצוי חד פעמי ע"ס 350,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
גמלה לאחר השתלה	פיצוי חודשי ע"ס 6,000 ₪ לתקופה מרבית של 24 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיצוז תגמולים עם ביטוח אחר
פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול מלא מהשקל הראשון					
שכר מנתח/מרדים	נותן שירות שבהסכם – ללא תקרה. נותן שירות שאינו בהסכם – עד לסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה למנתח באותה דרגה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות רפואיות בעת אשפוז	הוצאות אשפוז וחדר ניתוח עד לתקופה מרבית של 30 יום, בדיקות מעבדה והדמיה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שתל – אבזר מושתל	עד לתקרה של 30,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פיזיותרפיה ושירותי אח/ות פרטית/ במהלך אשפוז	עד לתקרה של 500 ₪ לתקופה מרבית של 8 ימים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שירותי הסעה באמבולנס	לא יותר מהתעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות לפני ניתוח/ מחליף ניתוח	התייעצות אחת לפני ואחת לאחר ניתוח/מחליף ניתוח. מנתח הסכם שביצע את הניתוח – ללא תקרה. מנתח שאינו בהסכם וביצע את הניתוח – עד תקרת הסכום המשולם למנתח שבהסכם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות לפני ניתוח/ מחליף ניתוח	עד לתקרה של 1,500 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקה פתולוגית	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	עד לתקרה של 4,500 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיוז תגמולים עם ביטוח אחר
טופס התחייבות מטעם קופה"ח (טופס 17)	פיצוי חד פעמי בגובה 50% מערכו של הטופס ולא יותר מהסכום שנחסך לחברה.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
ניתוח/מחליף ניתוח שבוצע ללא מעורבות החברה	פיצוי יומי ע"ס 500 ₪ לתקופה מרבית של 21 ימי אשפוז לכל ניתוח/מחליף ניתוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח	פיצוי חודשי ע"ס 3,500 ₪ לתקופה מרבית של 12 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
מוות כתוצאה מניתוח/ מחליף ניתוח בישראל	פיצוי חד פעמי ע"ס 100,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
הידבקות במחלת ה-AIDS ו/או הפטיטיס B	פיצוי חד פעמי ע"ס 100,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פרק ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"					
<p>1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) (כגון: "כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מכבי מגן" או כל תוכנית שב"ן אחרת המבטיחה כיסויי ביטוח זכויות נרחבות יותר, הקיימת באותה קופה בה במבוטח חבר). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p> <p>4. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p>					
שכר מנתח/מרדים	נותן שירות שבהסכם - ללא תקרה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קיצוץ תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
				נותן שירות שאינו בהסכם – עד לסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה למנתח באותה דרגה.	
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	הוצאות אשפוז וחדר ניתוח עד לתקופה מרבית של 30 יום, בדיקות מעבדה והדמיה.	הוצאות רפואיות בעת אשפוז
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 30,000 ₪.	שתל – אבזר מושתל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 500 ₪ לתקופה מרבית של 8 ימים.	פיזיותרפיה ושירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	לא יותר מהתעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.	שירותי הסעה באמבולנס
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	התייעצות אחת לפני ואחת לאחר ניתוח/מחליף ניתוח. מנתח הסכם שביצע את הניתוח – ללא תקרה. מנתח שאינו בהסכם וביצע את הניתוח – עד תקרת הסכום המשולם למנתח שבהסכם.	התייעצות לפני ניתוח/ מחליף ניתוח
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 1,500 ₪.	התייעצות לפני ניתוח/ מחליף ניתוח
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	כיסוי מלא.	בדיקה פתולוגית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 4,500 ₪.	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	פיצוי חודשי ע"ס 3,500 ₪ לתקופה מרבית של 12 חודשים.	אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור מראש החברה	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיזוז תגמולים עם ביטוח אחר
מוות כתוצאה מניתוח/ מחליף ניתוח בישראל	פיצוי חד פעמי ע"ס 100,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
הידבקות במחלת ה-AIDS ו/או הפטיטיס B	פיצוי חד פעמי ע"ס 100,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פרק ד' – ניתוחים בחו"ל					
שכר מנתח ו/או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור מראש שניתן מראש ע"י החברה.	שכר מנתח ו/או מרדים	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות ששל כאמור בפרק הניתוחים (ג'), אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמיה.	הוצאות ביי"ח בחו"ל	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
עד לתקרה של 84,000 ₪ להטסה אחת.	הטסה רפואית	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי מלא.	הטסת גופה חו"ל	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק ה' – שירותים אמבולטוריים					
עד לתקרה של 6,000 ₪ לכל הבדיקות יחד לשנת ביטוח.	בדיקות אבחנתיות	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
עד לתקרה של 900 ₪ להתייעצות, עד 2 התייעצויות למבוטח בשנת ביטוח.	התייעצות עם רופא מומחה	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
עד לתקרה של 3,000 ₪ בגיל כל בדיקות ההיריון לכל היריון.	בדיקות היריון	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
עד לתקרה של 500 ₪ ליום לתקופה מרבית של 3 ימים.	בית החלמה לאחר לידה	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
עד לתקרה של 10,000 ₪ לכל הפריה, עד שתי הפריית לתקופת ביטוח.	הפריית מבחנה	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קיצוץ תגמולים עם ביטוח אחר	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	צורך באישור החברה מראש	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתכנית
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 45,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	טיפול רדיותרפיים וכימותרפיים לאחר ניתוח
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 650 ₪ לכל נסיעה.	חיסונים לנוסעים לחו"ל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 155 ₪ לטיפול לתקופה מרבית של 16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.	שיקום דיבור/ ריפוי בעיסוק
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 700 ₪ ליום לתקופה מרבית של 14 ימים בבית החלמה/שיקום.	שהייה במוסד החלמה וריפוי בעיסוק לאחר השתלב לב או ניתוח לב
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 180 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 12 חודשים ממועד האירוע.	התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 160 ₪ לחודש לתקופה מרבית של 6 חודשים.	משדר קרדילוגי
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 4,000 ₪ לשנת ביטוח.	בדיקות התאמת הטיפול במחלת הסרטן
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למבוסט בשנת ביטוח.	טיפול בחדר מלח
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד לתקרה של 2,500 ₪.	טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	פיצוי יומי ע"ס 500 ₪ לתקופה מרבית של 21 יום.	אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח

פירוט הכיסויים בתכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל בסיס ו/או שב"ן	קיזוז תגמולים עם ביטוח אחר
פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטח מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13					
מקרה הביטוח	מצב מזכה – אחד משני האירועים המוזכרים בסעיף 1.2.				
התגמול הסיעודי	פיצוי חודשי ע"ס 5,537 ₪ לתקופה מרבית של 60 חודשים וכל עוד המבוטח הינו במצב סיעודי (הנמוך מביניהם).	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
שחרור מתשלום פרמיה	המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיו פטורים מתשלום דמי הביטוח במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי.				
הוצאות שיקום	עד לתקרה של 44,295 ₪ לכל תקופת הביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
ייעוץ תרופתי טלפוני					
אחריות החברה	המבוטח יהא זכאי לקבל ייעוץ תרופתי באמצעות טלפון ע"י רופא הסכם מטעם נותן השירות בנושאים: מינונים, תופעות לוואי של תרופות ועוד כמפורט בכתב השירות. השירות יינתן ללא השתתפות עצמית.				
רופא עד הבית					
אחריות החברה	המבוטח יהא זכאי לשירות ביקור רופא כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום). השירות יכלול: קבלת אמנזיה רפואית, בדיקה גופנית ועוד כאמור בכתב השירות. השירות יינתן בכפוף להשתתפות עצמית ע"ס 25 ₪.				

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

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי גדות תעשיות
ביוכימיה בע"מ ובני משפחתם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

- 1. מבוא:**
- 1.1 תמורת תשלום פרמיה, כאמור להלן, תשפה החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי, אותו תשלם החברה, לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.
- 1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה ולצורכי פוליסה זו מחייב תוכן הסעיפים בלבד.
- 1.3 בפוליסה זו, מלבד אם נאמר במפורש אחרת, מילים הבאות ביחיד משמען גם רבים, ולהיפך. מילים הבאות בזכר משמען גם נקבה ולהיפך, והכל על-פי הקשר הדברים.
- 2. הגדרות:** בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצידם.
- 2.1 **"החברה"** - הפניקס חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520023185.
- 2.2 **"בעל הפוליסה"** - גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ, ח.פ. 520041419.
בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל הפוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
- 2.3 **"המבוטח"**
- 2.3.1 עובד אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה, (להלן: **"עובד קיים"**), בתנאי ששמו/ה מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה ע"י בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה), שולמה בגיננו/ה הפרמיה במלואה וצורף לביטוח בהתאם לאמור בסעיף 3 להלן.
- 2.3.2 עובד חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה, (להלן: **"עובד חדש"**), בתנאי ששמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה ע"י בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה), שולמה בגיננו הפרמיה במלואה וצורף לביטוח בהתאם לאמור בסעיף 3 להלן.
- למען הסר ספק, עובד חדש יחשב מבוטח מה – 1 בחודש העוקב לחודש בו החלה עבודתו אצל בעל הפוליסה.

- 2.3.3 בן/בת זוג של עובד, ו/או ילדיו של העובד ו/או ילדי בן/בת זוגו של העובד (להלן: "**בני משפחה**"), בתנאי ששמן מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה ע"י בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה), שולמה בגינם הפרמיה במלואה וצורפו לביטוח בהתאם לסעיף 3 להלן.
- 2.3.4 ילד של עובד המבוטח/ת בפוליסה, יהיה זכאי לצרף לביטוח את בן/בת זוגו ואת ילדיו (להלן: "**דור ב**") ובתנאי ששמו ושמן מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה ע"י בעל הפוליסה ובכפוף לאמור בסעיף 3 להלן.
- 2.3.5 "**מבוטח קיים**" – עובד/ת בעל הפוליסה, בן/ת זוג וילדיהם, בן/ת הזוג של ילדיהם ונכדי העובדים, אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם בפניקס חברה לביטוח בע"מ ברצף (להלן: "**הסכם הביטוח הקודם**") עד מועד תחילתו של הסכם זה (להלן: "**מבוטחים קיימים**").
יובהר כי מבוטחים קיימים אשר יצורפו לביטוח זה ברצף יהיו פטורים מהצהרת בריאות ו/או תקופת אכשרה וכמועד הקובע לעניין סייג "מצב רפואי קודם" כאמור בסעיף 5 להלן יראו את מועד צירופם להסכם הביטוח הקודם.
- 2.3.6 "**מבוטח חדש**" – עובד/ת בעל הפוליסה, בן/ת זוג וילדיהם, בן/ת הזוג של ילדיהם ונכדי העובדים, אשר לא היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם בפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**מבוטחים חדשים**").
יובהר כי מבוטחים חדשים אשר יצטרפו לביטוח זה תוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח או תוך 90 ימים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות ויהיו פטורים מתקופת אכשרה.
- 2.3.7 "**מבוטח חוזר**" – עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחתו כאמור בסעיפים 2.3.3 ו- 2.3.4 שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו וחידש את צירופו לביטוח לאחר הביטול, בהתאם לאמור בסעיף 3 להלן ובלבד שבמועד בקשתו לחידוש טרם מלאו לו 65 שנה.
להסרת ספק, יובהר כי כל המבוטחים עפ"י הסכם זה כמוגדר לעיל, יוכלו להיות מבוטחים בהסכם זה כל עוד ההסכם בתוקף וכל עוד דמי הביטוח החודשיים משולמים בגינם במרוכז באמצעות בעל הפוליסה.
יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו תצהירים בכתב כולל תלוש שכר של בעל הפוליסה והמבוטח המאשרים את האמור לעיל.

גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות).

- 2.4 **סוכנות הביטוח** – קידמה סוכנות לביטוח מרחוב המסילה 15/17 אזור התעשייה נשר 36887.
- 2.5 **"הפוליסה"** – חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין החברה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.
- 2.6 **"מקרה ביטוח"** – מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה.
- 2.7 **"סכום הביטוח"** – הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, כמצוין בכל פרק ופרק בפוליסה זו.
- 2.8 **"מדד"** – מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.
- 2.9 **"תאריך לידה"** – תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.10 **"שנת ביטוח"** – תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה.
- 2.11 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.
- 2.12 **"המדד היסודי"** – המדד שפורסם ביום 15.6.2013-12221 נקודות.
- 2.13 **"הפרמיה"** – דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- 2.14 **"דף הרשימה"** – דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את תאריך תחילת הביטוח, שיעור הפרמיה, המדד היסודי וכיוצ"ב.
- 2.15 **"בית אב"** – עובד/ת, בן/בת הזוג וילדיהם שטרם מלאו להם 25 שנה.
- 2.16 **"תאריך תחילת הביטוח"** – תאריך תחילת הביטוח על פי פוליסה זו לגבי כל מבוטח יהיה המאוחר מבין התאריכים שלהלן ובכפוף לאמור בסעיף 3 להלן ביחס לאופן ההצטרפות:
2.16.1 לגבי עובד קיים - המועד הקובע, כהגדרתו להלן – 1/9/2013.

- 2.16.2 לגבי עובד חדש- ה - 1 לחודש העוקב לחודש בו התחיל את עבודתו אצל בעל הפוליסה.
- 2.16.3 לגבי מועמד לביטוח שחלה עליו החובה במילוי הצהרת בריאות וחיתום - הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הגיש המועמד לביטוח את בקשתו להיות מבוטח, הכוללת הצהרת בריאות, ובלבד שבקשתו אושרה על ידי החברה.
למען הסר ספק, אם הצטרף המבוטח לביטוח הקבוצתי מספר פעמים, יהיה מועד ההצטרפות לביטוח לגביו, מועד הצטרפותו האחרון לפוליסה.
- 2.17 "המועד הקובע" - 1.9.2013.
- 2.18 "דולר" - דולר ארה"ב לפי שער המכירה של המטבע ביום התשלום.
- 2.19 מצב רפואי קודם:
- 2.19.1 הגדרות:
"מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
"סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח 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.
- 2.19.2 תחולת חריג מצב רפואי קודם
סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן:
א. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב ה"מועד הקובע" כמועד הצטרפותם להסכם זה.
- 2.19.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

- 2.19.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחדשות.
- 2.19.5 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטח.
- 2.19.6 מובהר כי המועד הקובע לעניין מבוטחים קיימים הוא המועד בו הצטרפו להסכם הקודם.
על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח ואישורו), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, זאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

אופן ההצטרפות לביטוח, תוקף הפוליסה:

3.

אופן ההצטרפות לביטוח: 3.1

- 3.1.1 הצטרפות מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.3.5 לעיל, תהא אובליגטורית ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום, במידה והינם מצטרפים ברצף מהסכם הביטוח הקודם מיד במועד תחילתו של הסכם זה.
- 3.1.2 הצטרפות מבוטחים חדשים כהגדרתם בסעיף 2.3.6 לעיל תהא אף היא ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום וזאת בתנאי כי הינם מצטרפים לביטוח עפ"י ההסכם תוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם או תוך 90 יום ממעד תחילת עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה.
(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

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

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(ג) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; 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.

תוקף הפוליסה:

3.2

הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:

3.2.1 שולם הסכום הראשון בגין הפרמיה המגיעה בגין כל המבוטחים על פי הנקוב בדף הרשימה.

3.2.2 הועברה לחברה ע"י בעל הפוליסה, במדיה מגנטית ע"פ דרישת החברה, רשימת כל המבוטחים, הכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי תעודת זהות, תאריך לידה, כתובת מלאה וכדומה). בעל הפוליסה מתחייב לצרף לרשימת המבוטחים רק עובדים ובני משפחותיהם אשר עונים להגדרה של "מבוטח" כאמור בסעיף 2.3 לעיל.

3.2.2.1 בנוסף לאמור לעיל, מתקיימים לגבי המועמדים לביטוח, הנדרשים למלא הצהרת בריאות התנאים המצטברים הבאים:

א. יגישו לחברה בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, אשר מולאה ונחתמה כנדרש.

ב. ניתנה הסכמת החברה, על תנאיה וסייגיה, להצעת הביטוח. למען הסר ספק, אם שולמו לחברה כספים על חשבון פרמיה לפני שניתנה הסכמת החברה לבטח את המועמד, לא תחשב קבלת הכספים האמורים בידי החברה כהסכמת החברה לעריכת הביטוח.

ג. מיום חתימת המועמד לביטוח על הצהרת בריאות ועד ליום שבו החליטה החברה על הסכמתה לעריכת הפוליסה, לא חל שינוי בבריאותו ומצבו הגופני של המועמד לביטוח, שהיו משפיעים על הסכמתה או תנאי הסכמתה של החברה לבקשת ההצטרפות אילו דעה עליהם.

3.2.3 בעל הפוליסה צירף לביטוח לפחות 95% מעובדיו ובני משפחתם. מובהר בזאת, כי תנאי לתוקפו של הסכם הביטוח הוא כי בכל עת במהלך תקופת הביטוח יהיו מבוטחים על פי ההסכם לפחות 95% מעובדי בעל הפוליסה. תנאי זה הינו תנאי יסודי לקיום הסכם זה.

4. תקופת אכשרה, תקופת הביטוח, עזיבת מקום העבודה:

4.1 **תקופת אכשרה – תקופת זמן רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי הפוליסה, המתחילה במועד תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח כמוגדר בסעיף 2.17 לעיל, ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל פרק בפוליסה, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק, אשר מקרה ביטוח שארע במהלכה אינו מכוסה ואינו מזכה את המבוטח בקבלת תגמולי הביטוח.**

מוסכם בזאת, כי תקופת אכשרה לא תחול אם מקרה הביטוח ארע עקב תאונת דרכים, כהגדרתה בחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה-1975, או עקב פעולת טרור.

4.2 תקופת הביטוח תהיה **5 שנים** מהמועד הקובע, למעט הביטוח הסייעודי אשר תוקפו יסתיים ב- 31/12/2013. הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 5 שנים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 90 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.

4.3 המשך ביטוח לילד מבוטח שהגיע לגיל 25:

הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום דמי ביטוח בסכום השווה לדמי הביטוח הקבועים עבור עובד.

4.4 תום הביטוח והפסקתו:

4.4.1 תום הביטוח עבור מבוטח יהיה **לפי המוקדם** מבין המועדים הבאים:

4.4.2 עזיבת העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא ו/או פרישה לגמלאות – הביטוח של העובד ושל כל בני משפחתו

לרבות דור ב', המבוטחים במסגרת הפוליסה, יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה.

4.4.3 גירושין או פטירה של עובד בעל הפוליסה – במקרה של גירושין, הביטוח של בן/בת הזוג יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע ובמקרה של פטירת עובד בעל הפוליסה, הביטוח של כל בני המשפחה לרבות דור ב' יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

אפשרות להמשך הביטוח:

4.5

4.5.1 ביטוח בריאות:

4.5.1.1 הפסיק עובד עבודתו אצל בעל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות לפי סעיף 4.4.1 לעיל, הוא ובני משפחתו (לרבות דור ב') המבוטחים בביטוח זה ערב פרישת העובד מעבודתו יהיו זכאים לעבור לפוליסת פרט אצל החברה, בתנאים שיהיו מקובלים בחברה באותה עת, לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן: "פוליסת המשך"), תוך מתן רצף ביטוחי ביחס לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים והסכומים החופפים בין הפוליסות). דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל החברה בפוליסה דומה בהנחה של 30% למשך 3 שנים ו-10% לשנה הרביעית ואילך, לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד.

אפשרות המעבר לפוליסת המשך תינתן למבוטח ובתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 60 יום מיום האירוע והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבהסכם זה (ההסכם הקבוצתי), לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט, אלה אם בוטלו החרגות בהתאם לתנאי הפוליסה. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

יתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בעליית פרמיה ניכרת.

4.5.1.2 בן/בת זוג ו/או ילד של עובד בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח עפ"י פוליסה זו עקב פטירה או גירושין, יהיה זכאי לעבור לפוליסה פרטית אצל החברה בהתאם לאמור בסעיף 4.3.1 לעיל בתנאי שהבקשה לעבור לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 60 יום מיום האירוע, לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

4.5.1.3 במקרה ומכל סיבה שהיא בתום תקופת הביטוח בת 60 חודשים מהמועד הקובע, לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברת ביטוח כלשהי לגביי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים לעבור לפוליסת פרט אצל החברה בהתאם לאמור בסעיף 4.3.1 לעיל. זאת, בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 60 יום מיום מתן הודעת החברה על סיום תקופת הביטוח ואפשרות המעבר לביטוח הפרטי והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

ביטוח סיעוד: 4.5.2

בתום תוקף הכיסוי הסיעודי יהיו זכאים המבוטחים בכיסוי זה להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבוטח), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "הביטוח הסיעודי הפרטי") ובלבד שהמבוטח הצטרף לביטוח הסיעודי הפרטי תוך 60 יום ממועד הודעת המבטח, ובמקרה של גירושין - תוך 60 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה, וכל זאת בתנאי שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה זו במועד המעבר לביטוח הסיעודי הפרטי. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

למרות האמור לעיל, לגבי מבוטח אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח סיעודיים לפי תנאי הסכם זה - פנייתו של המבטח למבוטח תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח, ובה יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת המשך

בתוך 60 יום ממועד הודעת המבטח, ובלבד שאותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לפי ההסכם הקבוצתי ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בהסכם קבוצתי זה.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות, אלה אם בוטלו ההחרגות בהתאם לתנאי הפוליסה.

מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 30% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו בביטוח הפרטי למשך שלוש השנים הראשונות ו-10% הנחה החל מהשנה הרביעית ואילך לכל חיי הפוליסה.

להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

יועץ מלווה:

5.

מפרט שירותי ייעוץ רופא מלווה:

היועץ הרפואי המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ד"ר אודי פרישמן. השירות למבוטחים יינתן באופן כדלקמן:

5.1 פתרון לבעיות שלא נפתרו על ידי מוקד השירות של המבטח:

הבעיות שלא יפתרו במסגרת מוקד שירות הלקוחות של חברת הביטוח או שהתשובה שניתנה במוקד לא סיפקה את המבוטח, יועברו ליועץ לסיוע. במסגרת זו, היועץ יאפשר למבוטחים לפנות אליו באמצעות הדואר אלקטרוני udifc@bezeqint.net ולקבל מענה לשאלות הקשורות בהיקף הכיסוי הביטוחי, ניצול נכון של הפוליסה מול חלופות ביטוחיות, ניצול אופטימאלי של הפוליסה מול הביטוח המשלים ועוד פרמטרים שניתן לטפל בהם בדרך לא ישירה מול הלקוח, ואשר כאמור לא קיבלו מענה ממוקד שירות הלקוחות.

5.2 פתרונות פרטניים לבעיות מורכבות:

במסגרת הטיפול בבעיות פרטניות יקיים היועץ פגישות ייעוץ עם מבוטחים שנתקלו בבעיות שאינן יכולות לקבל מענה במסגרת הייעוץ הביתי אמצעי, למשל: חולים שנדרשים לניתוח מורכב בחו"ל, חולים שתביעתם נדחתה על ידי המבטח, סיוע במימוש זכויות המגיעות למבוטח מרשויות שונות כגון הביטוח הלאומי, קופ"ח וכדומה, סיוע בבחירת ביה"ח ו/או הרופא המתאימים למתן השירות הרפואי למבוטח בארץ או בחו"ל. הייעוץ יינתן הן בתחומים אדמיניסטרטיביים והן בממשק הרפואי.

5.3 ישוב מחלוקות מול המבטח:

ליועץ תינתן סמכות ליישוב מחלוקות בין המבטח למבוטח על סכום ביטוח מרבי של 10,000 ₪. אין בהחלטת היועץ למנוע מהצדדים לפנות לערכאות המשפטיות למיצוי זכויותיהם.

מעקב שוטף אחר ביצועי הפוליסה:

במסגרת הייעוץ הביטוחי היועץ יקבל מעת לעת ועל פי דרישתו או דרישת בעל הפוליסה, דוחות מעקב מחברת הביטוח. דוחות המעקב יכללו נתוני תביעות, נתוני שימוש, נתוני שירות ונתונים אקטואריים. הדוחות ינותחו ויועבדו על ידי היועץ ויסקרו בפני בעל הפוליסה מעת לעת. כפועל יוצא מנתוני הדוחות יוחלט על עריכת שינויים בביטוח, ביצוע התאמות הרחבה או צמצום של כיסויים וכדומה.

.6

עדכון הפוליסה:

6.1 במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

6.2

בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

במקרים המפורטים בסעיפים 6.1 ו- 6.2 לעיל, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 30 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה.

.7

סייגים כלליים לאחריות החברה:

החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

7.1 מקרה הביטוח ארע טרם הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

7.2

ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים, למעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב כריתת שד מלאה, או ניתוח פלסטי הבא לתקן שחזור פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו.

- 7.3 עקרות, אי פוריות, עיקור מרצון, אין אונות, הריון ו/או לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה.
- 7.4 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונליים, לרבות טיפולים הומאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפרתמיה, טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה.
- 7.5 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/ או קשורים ו/ או נובעים מאידס ו/ או נובעים מהוירוס המחולל איידס, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק המתאים בפוליסה.
- 7.6 ניסיון התאבדות ו/ או פציעה עצמית מכוונת בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו.
- 7.7 אלכוהוליזם ו/ או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/ או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בחומרים שאינם סמים ובלבד שאלה לא נתנו בהוראת רופא.
- 7.8 חשיפה כלשהי לקרינה מיננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 7.9 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי במסגרת אגודות ספורט ששכר בצידה .
- 7.10 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 7.11 צניחה, רחיפה, דאיה, סקי וצלילה .
- 7.12 שירותו של המבוטח בצבא או במשטרה, רק אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.
פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו.
השתתפות פעילה של המבוטח בהפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, שביתה או פעולה בלתי חוקית.
- 7.13 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
- 7.14 הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.

- 7.15 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם.
- 7.16 אבזרי עזר רפואיים כגון: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים, וכדומה.
- 7.17 ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GLASTROPLASTY. ניתוחים ו/או טיפולים בעודף משקל יכוסו כמפורט בפרק הניתוחים.
- 7.18 מקרה הביטוח נובע ממום או מחלה מולדים.
- 7.19 טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות, שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.
- 7.20 למעט הרשום לעיל, פרק הניתוחים (ג'1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול מלא מהשקל הראשון או ג'2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מסלול משלים שב"ן) יכלול "ניתוחים מיוחדים" המוגדרים באופן הבא:
- 7.20.1 ניתוחי קוצר ראייה – יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.
- 7.20.2 ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה – יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.

תשלום תגמולי ביטוח:

8.

- 8.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.
- במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות.
- בכל מקום בפוליסה אשר בו נדרשות קבלות מקוריות, יתקבלו על ידי חברת הביטוח גם קבלות שאינן מקוריות, אם הצהיר המבוטח בכתב על אובדן הקבלות המקוריות ויציג העתק נאמן למקור של הקבלה מנותן השירות. אם יצהיר בכתב על שימוש בקבלות לתביעה מסוג ביטוח שב"ן, יגיש המבוטח העתק קבלות בנוסף לאישור של השב"ן עם גובה התשלום ששולם על ידו.
- למען הסר ספק, גובה התשלום למבוטח בפועל לא יעלה על גובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

8.2 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

8.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג אשר פורסם על ידי בנק ישראל ביום ביצוע התשלום.

8.4 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, בגין שירות שניתן למבוטח לפני פטירתו, תשלם החברה את היתרה לעיבונו של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר ימצא לה.

8.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

8.6 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה הביטוח, עוברת זכות זו לחברה מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששלמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו.

קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה על פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך.

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

8.7 היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המוכרות על פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל החברה או מאת חברות ביטוח אחרות, תשלום החברה באופן יחסי את חלקה, בהתאם להיקף הכיסוי והסכום לו היה זכאי המבוטח מכלל המבטחים.

היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבטח להודיע על כך למבטחים בכתב, מיד לאחר שנעשה ביטוח הכפל או לאחר שנודע לו על כך.

עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח בגין מקרה הביטוח המכוסה על פי פוליסות הביטוח שנערכו על ידו ו/או עבורו על ההוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח ("להלן: **"ההוצאות המכוסות"**"), תהיה החברה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח על פי הפוליסות האחרות לחברה, לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקה היחסי של החברה בהוצאות המכוסות.

תחלופ (סברוגציה):

9.

9.1 מששילם המבטח תגמולי ביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

9.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

9.3 קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין מקרה ביטוח אשר שולם לו על ידי המבטח על המבוטח להעבירו לחברה.

9.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה.

9.5 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב:

המבטח יהיה אחראי, 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 אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

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.

ביטוח כפל:

בביטוח כפל אחראים המבטחים כלפי המבוטח יחד ולחוד לגבי סכום הביטוח החופף.

המבטחים יישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם כקבוע בס' 59 לחוק הביטוח, לפי היחס שבין סכומי הביטוח, לאחר ששילם המבטח למבוטח את מלוא תגמולי הביטוח המגיעים לו. סעיף זה לא יחול על כיסויים שניתנים כפיצוי. מובהר כי על אף האמור לעיל זכאות המבוטח לכיסוי השירות לו הוא זכאי במסגרת פוליסה זו לא יפגע ולא יעוכב.

כפל ביטוח:

(א) היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המוכרות על פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל החברה או מאת חברות ביטוח אחרות, כל אחד מהמבטחים יהיה אחראי, 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 אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. למעט ביטוח סיעודי.

(ב) בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח, למעט ביטוח סיעודי.

תביעות:

11.1 **בהיודע למבוטח על מקרה הביטוח, יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו.**

11.2 המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר בארץ ובחו"ל למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם.

11.3 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכל כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

11.4 בדיקה רפואית – אם יידרש לכך ע"י החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש. קיום הוראה זו הינו תנאי מוקדם לחבות החברה לתשלום תגמולי הביטוח על-פי פוליסה זו.

- 11.5 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת רופאים מומחים ומנתחים ברשימה. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.
- 11.6 המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לפי פרק זה ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים לחברה לבירור חבותה לתשלום תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו.
- 11.7 **חובותיו של המבוטח בהתאם לסעיף זה חלות הן לפני אישור התביעה והן במשך הזמן זו החברה משלמת ו/או נדרשת לשלם את תגמולי הביטוח.**
- 11.8 **בוררות:**
הצדדים מסכימים בזאת כי כל מחלוקת בין החברה לבעל הפוליסה ו/או המבוטח ביחס לפוליסה זו תמסר להכרעתו של בורר רפואי מוסכם יחיד שיבחר על ידי הצדדים.
- 12. סכום הביטוח:**
- 12.1 הסכום המרבי שהחברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.
- 12.2 סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות לש"ח על פי הכללים הנקובים בסעיף 7.3 "תשלום תגמולי הביטוח" לעיל.
- 12.3 תקרת תגמולי הביטוח הנקובים בש"ח בפוליסה זו ישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.
- 13. הפרמיה ודרך תשלומה:**
- 13.1 הפרמיה החודשית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד הבסיסי ועד למדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
- 13.2 תשלום הפרמיות בגין כל המבוטחים יבוצע במרוכז באמצעות גביה מהשכר ע"י בעל הפוליסה לחברה עבור כל המבוטחים עד ל - 15 לכל חודש בגין החודש הקודם.
- 13.3 בתום כל חודש במהלך תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום פרמיות נוספות שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש ו/או בגין עדכון פרמיה של מבוטחים העוברים קבוצת גיל, תוך התחשבות במבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.

13.4 לא שולמה הפרמיה או חלק ממנה במועד ולא שולמה גם תוך 15 ימים לאחר שהמבוטח או בעל הפוליסה נדרש בכתב לשלם רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה בכתב כי הפוליסה תבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן בתוספת ריבית פיגורים.

הודעה כאמור שנתקבלה אצל בעל הפוליסה כמוה כהודעה שנתקבלה אצל המבוטח.

13.5 בעל הפוליסה לא יהיה זכאי לקוז זכות כלשהי, אשר לטענתו מגיעה לו או למי מהמבוטחים מהחברה כנגד החיוב לשלם פרמיה על פי פוליסה זו, וכן לא יהיה רשאי לעכב, את תשלום הפרמיה החודשית מסיבה כלשהי.

13.6 אם מסיבה כלשהי לא שולמה הפרמיה החודשית, אין הדבר פוטר את בעל הפוליסה מהחיוב לשלמה והוא יחשב כמי שלא פרע את הפרמיה החודשית.

13.7 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה והוא יהיה חייב לשלם את דמי הביטוח כפי שישונו.

14. התאמת דמי הביטוח ("פרמיות"):

14.1 בתום 36 חודשי הביטוח הראשונים מהמועד הקובע תותאם הפרמיה בהתאם לנוסחה הקבועה להלן.

14.2 כהפסדים בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפות יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות, לרבות I.B.N.R ותשלומים ששולמו על חשבון הקרן לפני משורת הדין בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד, על סכום של 70% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד. התאמת הפרמיה תבוצע תוך 10 ימים מיום המצאת הנתונים ע"י החברה לבעל הפוליסה.

14.3 אם יתברר, כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים לחברה, כהגדרתם בסעיף 11.2 לעיל – יועלו דמי הביטוח בשיעור המתאים למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח ובלבד ששיעור ההתאמה לא יעלה על 25% מהפרמיה ששולמה טרם מועד ההתאמה.

14.4 לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופה הקודמת, למעט הצמדתן למדד.

15. **השתתפות ברווחים:**
בתום 60 חודשי הביטוח על פי הסכם זה יעשה חישוב בהתאם לנוסחה הקבועה להלן:
כרווח ביטוחי בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפות יראו את הסכום בו עולה סכום של 70% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהוא משוערך למדד על סכום התביעות המשולמות והתלויות, לרבות I.B.N.R, בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד.
אם יתברר, כי תוכנית הביטוח נושאת רווח לחברה, יוחזר 50% מסך הרווח הביטוחי, כהגדרתו לעיל, לבעל הפוליסה לצורך תשלום פרמיה עתידית בגין ביטוח בריאות קבוצתי אצל החברה או לצורך קיום ימי בריאות לעובדי בעל הפוליסה במהלך תקופת הביטוח אצל החברה.
16. **התיישנות:**
תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
17. **מעמד בעל הפוליסה:**
בעל הפוליסה הנו שלוח של המבוטחים בכל דבר ועניין הקשור לפוליסה זו וכל הודעה שתימסר לבעל הפוליסה כמוה כהודעה שנמסרה ונתקבלה אצל המבוטח.
18. **חובת גילוי:**
במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה עפ"י הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
19. **מיסים והיטלים:**
בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה, אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
20. **מתן מסמכים והודעות למבוטח:**
20.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 20.2 חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

20.3 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לענין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

21. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי הענין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי הענין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.2 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

22. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי:

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה.

המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא.

בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

אין בסעיף זה כדי לגרוע או לצמצם מהחריגים המפורטים בפוליסה וסעיף זה כפוף לחריגים אלו.

.23

הגבלת אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין ניתוחים פרטיים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, אשר ניתנים לביצוע בחו"ל על פי תנאיהם. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבוטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 90 יום, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה.

.24

הודעות:

כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

בעל הפוליסה: גדות תעשיות ביוכימיה בע"מ
כתובת: שד' ההסתדרות 117, מפרץ חיפה

החברה: הפניקס חברה לביטוח בע"מ
כתובת: דרך השלום 53, גבעתיים מיקוד 53454.

המבוטח: כתובתו האחרונה של המבוטח כפי שנמסרה לחברה.

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה ע"י הנמען תוך 72 שעות מעת המסר המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר.

קבלת הודעה אצל בעל הפוליסה כמוה כהודעה שנשלחה ונמסרה למבוטח ובעל הפוליסה מתחייב להביאה לידיעת המבוטחים.

הגדרות כלליות

1.

הגדרות:

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

- 1.1 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.2 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כהגדרתו בסעיף 1.3 בישראל או בחו"ל, אשר במסגרתו יכול המבוטח לבחור את הרופא המטפל ולשאת בשכר טרחתו באופן ישיר ו/או במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן).
- 1.3 **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.4 **"בית חולים שאינו מוסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל, על פי בחירת המבוטח, שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.5 **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.6 **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.7 **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.8 **"הסכם"** - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.9 **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973.
- 1.10 **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.11 **"מנתח הסכם"** - מנתח כמוגדר בסעיף לעיל, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.12 **"מנתח אחר"** - מנתח כמוגדר בסעיף 1.12 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.

- 1.13 **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.14 **"יעוץ לפני ניתוח"** - ייעוץ עם רופאים מומחים, בעלי תעודת מומחה בתוקף של 5 שנים לפחות, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 1.15 **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.16 **"אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
"יום אשפוז" – יממה של 24 שעות, שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.
- 1.17 **"אח/ות"** - אחות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות אשר שירותיהם נשכרים באופן פרטי ע"י המבוטח, מיד לאחר ביצוע ניתוח, בעת האשפוז בבית החולים.
- 1.18 **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך, סטנט וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בהגדרת השתלה).
- מובהר כי אלודרם, שתל PSI למילוי של חוסר גולגלתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דיפיבלטור תוך גופי, חומרי סיכור המוזרקים לפרקים, חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחזרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל) יכללו בהגדרת שתל ויכוסו עד סכום ביטוח מרבי כמפורט להלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששולם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח ב' להלן. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

- 1.19 **"ניתוח"-** כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר או באמצעות גלי קול, אשר מטרתה אבחון, טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת המלצה לניתוח וכן דרישה מהרופא המנתח לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ע"י גלי קול. יובהר, כי הכיסוי על פי הגדרה זו אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים. על אף האמור לעיל, הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, הזרקות חומרים רדיואקטיביים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) והקפאת תאי גידול (כדוגמת טיפול בקריו) טיפול בגידול באמצעות גלי רדיו הזרקות פולימר לריאות (כדוגמת אריסל) יכללו בהגדרת ניתוח ויכוסו עד סכום ביטוח מרבי כמפורט בפרק ג'.
- ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**
- 1.20 **"רופא כללי"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא כללי.
- 1.21 **"בדיקות"** - בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר הניתוח במהלך האשפוז.
- 1.22 **"פיזיותרפיה"** - טיפול פיזיותרפי ע"י רופא מומחה, או אח/אחות פרטית/ת או כל אדם אחר בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות, לביצוע טיפול כזה בישראל, ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה. טיפול כאמור יתבצע לאחר ביצוע בניתוח בבית חולים או מחוצה לו.
- 1.23 **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי;

1.24 **"וועדת הלסינקי"** - וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הלסינקי, הפועלת מכוח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם;

1.25 **"השתלה"** - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, מעי, רחם, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מב"ע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. **ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי הדין באותה מדינה בה מתקיימת ההשתלה וכי התקיימו הוראות החוק להשתלת איברים התשס"ח – 2008.

השתלה תכוסה על פי תנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:

1.25.1 **רופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.**

1.25.2 **ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה נמצא אותו בית חולים.**

1.26 **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק ב' בפוליסה זו.

1.27 **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים בסעיפים 1.27.1 – 1.27.3 להלן וכל התנאים המצוינים בסעיפים 1.27.4 ו-1.27.5 להלן, זאת בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע את הצורך בביצוע הטיפול בחו"ל ורופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם החברה אישר את קביעתו:

1.27.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

- 1.27.2 סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה בישראל והטיפול המיוחד חיוני להישרדותו של המבוטח.
- 1.27.3 זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, גבוהים מסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בישראל, והטיפול המיוחד חיוני להישרדותו של המבוטח.
- 1.27.4 האמור לעיל נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, כפועל יוצא ממצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.27.5 הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל מוכר על ידי רשויות הבריאות במדינה בה הוא מבוצע.
- 1.28 **טיפול חלופי:** טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג לפחות אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למבוטח. מובהר כי טיפול רפואי אשר ניתן למבוטח ולא השיג את התוצאות הרפואיות המקובלות והמצופות או טיפול רפואי אשר על פי המלצת רופא מומחה אין טעם לתת למבוטח כי לא ישיג את התוצאות הרפואיות הנדרשות, לא ייחשב כטיפול חלופי לטיפול מיוחד בחו"ל.
- 1.29 **"נותן שרות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.30 **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את הסוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
- 1.31 **"הסכם"** - הסכם שנחתם בין המבטח לבין נותן שירות כלשהו בקשר לכיסויים הניתנים בהסכם זה.
- 1.32 **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשו החוקיים של המבוטח.
- 1.33 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.34 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.

הגדרות מיוחדות:

- 1.1 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, טיפול במצב רפואי ו/או בתופעות הלוואי שלו, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה, אשר יעילות הוכחה והשימוש בו כתרופה אושר כאמור בסעיף 2.
- 1.2 **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות לאשר שימוש ו/או יבוא תרופה על פי פקודת הרוקחים, במדינת ישראל.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.4 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
למען הסר ספק, יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- 1.6 **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 1.7 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8 **סכום שיפוי מרבי** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח ולא יותר מהסכום כאמור בסעיף 3.4.
- 1.9 **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.

1.10 **רופא מומחה** – רופא אשר הוכר כמומחה על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.11 **תקופת התגמול** – תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.

1.12 **טיפול תרופתי חלופי** – תרופה הנמצאת בסל הבריאות שנועדה להשיג תוצאות רפואיות בשיעור הצלחה זהה לפחות לתרופה שקבע הרופא המומחה כהגדרתו לעיל, ובלבד שהתרופה החלופית אינה גורמת לתוצאות חמורות יותר.

מקרה הביטוח:

2.

קרות מחלה במהלך תקופת הביטוח לאחר תקופת האכשרה, כמוגדר בכל פרק בסעיף 7 להלן, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה גם אם קיימת תקופה חלופית כהגדרתה בסעיף 1.12 במסגרת הסל:

2.1 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי רשות מוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות** – כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י רשויות מוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.3 **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL** - תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug Information

3. US Pharmacopoeia Drug Information

4. Drugdex MICromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת

התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת

בקבוצה I או II a

- ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
- ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- א. NCCN
- ב. ASCO
- ג. NICE
- ד. ESMO Minimal Recommendation

חבות החברה ותגמולי הביטוח:

- 3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית בסך 150 ₪ למרשם לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, למען הסר ספק, ההשתתפות העצמית המרבית, לא תעלה על 300 ₪ בחודש בגין כל המרשמים גם יחד. יובהר כי לא תיגבה השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה מעל 5,000 ₪ לחודש, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.2 מוטב יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק **קבלת אישור החברה מראש ובכתב לתשלום תגמולי הביטוח הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי נספח זה.**
- 3.3 **סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).**
- 3.4 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה בסך 1,500,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.
- 3.5 החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה עד לסך של 250 ₪ ליום ועד 45 יום לכל תקופת הביטוח למבוטח.
- 3.6 חבות החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק אם הוצאה בגין רכישת התרופה נעשתה בפועל.

4.

הוצאות מוכרות:

למען הסר ספק, מודגש בזה כי כל ההוצאות והטיפול התרופתי יוכרו וישולמו על ידי החברה אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כתואמים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח. מוצהר ומוסכם כי ההתחשבנות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

5.

חריגים מיוחדים:

בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

5.1 תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות.

5.2 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשות המוסמכת.

5.3 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

5.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.

5.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.

5.6 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון ו/או דיאטה.

5.7 טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

5.8 המבוטח נשא נוגדנים למחלת צהבת לסוגיה השונים לפני מועד תחילת הביטוח ו/או איידס.

6.

הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל:

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

תקופת האכשרה:

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.
מבוטחים אשר הצטרפו לפוליסה שעפ"י הסכם זה, ללא הצהרת בריאות,
יהיו פטורים מתקופת האכשרה.
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן
מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ב' – השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

מקרה ביטוח:

1.

- 1.1 צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
- 1.2 צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כהגדרתו בסעיף 1.27 לעיל בפרק ההגדרות במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

התחייבות המבטח:

2.

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), בהתאם לתקרת תגמולי הביטוח כמפורט בהסכם זה להלן, ובכפוף למפורט להלן:

- 2.1 לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008. סכום השיפוי המרבי בגין ההוצאות הרפואיות המפורטות בסעיף 2.3 להלן, יהא ללא תקרה להשתלה אשר בוצעה בבית חולים שבהסכם או עד תקרה של 5,500,000 ₪ להשתלה אשר בוצעה בבית חולים שאינו בהסכם.
- 2.2 לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, הינו עד לסך של 900,000 ₪.
- 2.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
- 2.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות הרפואיים עבור בדיקות הערכה וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
- 2.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

- 2.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
- 2.3.4 בדיקות לרבות בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
- 2.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
- 2.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 2.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 90 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
- 2.3.8 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 2.4 הוצאות נלוות כדלקמן:
- 2.4.1 הוצאות בגין בדיקות רפואיות המבוצעות לצורך איתור האיבר המושגל בארץ או בחו"ל - עד לסכום של 150,000 ₪.
- 2.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושגל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד 150,000 ₪.
- 2.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד 250,000 ₪.
- 2.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או לצורך הערכה רפואית לפני ההשתלה, או לצורך ביצוע הערכה וביקורת לאחר ביצוע ההשתלה עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולשני מלווים, וזאת עד לסכום של 18,500 ₪ לנסיעה הלוך-חזור ועד 3 נסיעות למקרה ביטוח. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 2.4.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 84,000 ₪.

- 2.4.6 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 יום לאחר ביצועם וזאת עד לסכום של 1,200 ₪ ליחיד ו- 2,000 ₪ לזוג ליום ועד 250,000 ₪.
- 2.4.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.8 הוצאות לטיפול המשיך הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל - עד 100,000 ₪.
- 2.4.9 תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.10 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, כמפורט בסעיפים 2.4.1-2.4.9 לעיל, יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל. אל אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 15% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.
- 2.4.11 מבוטח אשר עבר ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל בהשתתפות קופת החולים בה חבר המבוטח, יהא זכאי לפיצוי כספי חד פעמי בסך 12,000 ₪ ובתנאי שקופת החולים השתתפה בלפחות 25% מעלות הניתוח / הטיפול המיוחד.
- 2.5 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה בחו"ל, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבוטח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבוטח טרם ביצוע ההשתלה אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה ובלבד שהמבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה. הפיצוי ישולם טרם ביצוע ההשתלה.
- למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1, 2.3 ו- 2.4 לעיל.**

גמלת החלמה לאחר השתלה:

לאחר השתלה בחו"ל או בארץ, למעט השתלה עצמית והשתלת קרנית, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה למעט סעיף 2.5 לעיל, תשלום חודשי בסך 6,000 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשלום היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי של פוליסה זו, על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ג'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול מלא מהשקל הראשון

1. **הגדרות:**
בנוסף להגדרות הכלליות לעיל, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:
 - 1.1 "ניתוח אלקטיבי" – ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות חדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבוטח הופנה אליו על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.
 - 1.2 "ניתוח חירום" – ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע מיידית במבוטח שאושפז לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
2. **מקרה ביטוח:**
ניתוח / מחליף ניתוח שהמבוטח עבר במהלך תקופת הביטוח.
3. **תנאי מוקדם לאחריות החברה:**
החברה תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח אם ורק אם אישרה מראש למבוטח, כי תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח / תחליף ניתוח ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.
4. **תגמולי הביטוח:**
 - 4.1 החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות") לכל הניתוחים / מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:
 - 4.1 החברה תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.
 - 4.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימי עסקים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה לצורך ביצוע התשלום. אם הקבלות המקוריות הוגשו לצורך קבלת שיפוי במסגרת השב"ן יוגש העתק מתאים למקור של הקבלות בצרוף אישור השב"ן מהו הסכום ששולם למבוטח.
 - 4.3 בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח / מחליף ניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.
 - 4.4 להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

- 4.4.1 **שכר מנתח/מרדים:**
4.4.1.1 בגין ניתוחים / מחילי ניתוח בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.
- 4.4.1.2 בגין ניתוחים / מחילי ניתוח המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם לאותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה למנתח באותה דרגה עפ"י הסכמים שיש לה עם ספקי שירות רפואי בישראל באותו הדרג.
- 4.4.2 **הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:**
החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח / מחליף ניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם.
- כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**
- 4.4.3 **הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:**
החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח / מחליף ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.
- 4.4.4 **שתל - אביזר מושלם:**
בוצע במבוטח ניתוח / מחליף ניתוח, אשר במהלכו הושלם במבוטח שתל, תשתתף החברה בעלות התותב הנ"ל עד לסך של 30,000 ₪.
- 4.4.5 **פיזיותרפיה ושירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז:**
פיזיותרפיה ו/או שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז לצורך או עקב ניתוח / מחליף ניתוח, שניהם ביחד עד לסכום של 500 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה ובלבד שביצוע השמירה הפרטית או הפיזיותרפיה לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

- 4.4.6 **שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:**
 החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח / מחליף ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
- 4.4.7 **התייעצות לפני ניתוח / מחליף ניתוח:**
 החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח / מחליף ניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח / מחליף ניתוח עם מנתח שבהסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח. בוצעה ההתייעצות אצל מנתח שלא בהסכם ואשר ביצע בפועל את הניתוח, ישופה המבוטח עד תקרת הסכום המשולמת למנתח שבהסכם בגין התייעצות כנגד קבלות מקוריות.
- 4.4.8 **התייעצות נוספת לפני ניתוח / מחליף ניתוח:**
 החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח / מחליף ניתוח אצל מנתח הסכם עד תקרה של 1,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות.
- 4.4.9 **הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות:**
 החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח / מחליף ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.
- חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית**
 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות עבור חוות דעת פתולוגית שנייה בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, עד תקרה של 4,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.
- 4.4.10 **טופס התחייבות מטעם קופת חולים (טופס 17):**
 המציא המבוטח לבית החולים הפרטי טופס התחייבות מטעם קופת החולים בה חבר המבוטח לכיסוי הוצאות הניתוח / מחליף ניתוח המבוצע בבי"ח זה, תזכה החברה את המבוטח ותשלם לו סכום השווה ל - 50% מערכו של הטופס ובכל מקרה לא יותר מהסכום הנחסף לחברה.

4.4.11 **פיצוי במקרה ניתוח / מחליף ניתוח שבוצע ללא מעורבות החברה:**
נותח המבוטח בבית חולים במערכת הציבורית או עבר מחליף ניתוח ומלוא הוצאותיו כוסו ע"י גורם אחר, תשלם החברה למבוטח פיצוי בגובה 500 ₪ לכל יום אשפוז לתקופה מרבית של עד 21 ימי אשפוז לכל ניתוח / מחליף ניתוח. למען הסר ספק, במקרה של ניתוח חירום שהוצאותיו יכוסו ע"י קופת חולים, לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולים כמצוין לעיל.
יובהר כי הפיצוי לא ישולם במקרה של ניתוח חירום.

4.4.12 **תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה במקרה של סיבוכי ניתוח / מחליף ניתוח בישראל או בחו"ל:**
4.4.12.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,500 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח / מחליף ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67.
הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח/ מחליף ניתוח.

4.4.12.2 המבוטח יחשב באובדן מוחלט של כושר עבודה לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה אם עקב הניתוח, נשלל ממנו, בשיעור של 75% לפחות, הכושר להמשיך במקצועו או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח / מחליף ניתוח, או בעיסוק אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: "תקופת המתנה").

4.4.12.3 הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של **12 חודש** ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 67.

4.4.12.4 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.

4.4.12.5 במידה שהמבוטח חזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל – החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו ובנוסף לפעול לגביית הסכומים אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

4.4.12.6 במקרה של אובדן כושר עבודה חוזר בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.

4.4.13 **מוות כתוצאה מניתוח / מחליף ניתוח בישראל :**

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 יום מהיום שבו עבר ניתוח / מחליף ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח / מחליף ניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח / מחליף ניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 100,000 ₪.
לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

4.4.14 **מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS ו/או הפטיטיס B:**

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירוי דם ומוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח / מחליף ניתוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או נדבק בנגיף הפטיטיס B, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח / מחליף ניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף האיידס ו/או נשא נגיף הפטיטיס B בטרם תחילת הביטוח.

5. **תקופת האכשרה**

תקופת האכשרה לפרק זה תהא 30 יום. במקרים הקשורים להריון ולידה תקופת האכשרה תהיה בת 270 יום.
תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ג'2 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מסלול משלים שב"ן

פרק זה מיועד למבוטחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד וניתן לרכוש אותו כתחליף לפרק ג' בעבור דמי ביטוח מופחתים.

הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. סך התגמולים אשר יתקבלו מתוכנית השב"ן ומפוליסה זו ביחד לא יעלו על התקרה המרבית הנקובה בפרק זה.

בכפוף לאמור בהוראת חוזר המפקח על הביטוח 6-1-2007, "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים", מבוטח אשר יבקש לצמצם את הכיסוי הביטוחי באופן שיכסה ניתוחים מעבר לביטוח המשלים בלבד, יהיה רשאי לרכוש מהמבטח כיסוי כאמור.

מבוטח שברשותו שב"ן ורכש כיסוי לפרק זה "משלים שב"ן":

בגין מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין מלוא הוצאותיו עבור ניתוח או תחליף ניתוח שעבר בישראל, ובלבד שהוכר על ידי השב"ן שברשותו. המבוטח ישופה כאמור לעיל, בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח שעבר כמפורט בסעיף 4 להלן, לרבות בגין תשלומי השתתפות עצמית שהיו לו, **מעבר להוצאות** שכוסו ושולמו בגין הניתוח על ידי השב"ן בו הוא חבר.

במידה והשב"ן לא הכיר בניתוח או בתחליף הניתוח ולא מימן את עלותו, ישופה המבוטח בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח או תחליף הניתוח שבוצע בו כמפורט בסעיף 4 להלן ובלבד שהמבוטח המציא למבטח אישור מהשב"ן בו הוא חבר, בו מצויין שהשב"ן אינו מכיר ו/או אינו מכסה, ניתוח זה למבוטח בחלקו או במלואו. המבוטח ישופה כנגד חשבונית מס, מקורית או "העתק נאמן למקור", המעידה על התשלום ששילם בגין ההוצאות הרפואיות הכרוכות בניתוח, מעבר לכיסוי אשר ניתן על ידי השב"ן.

יבקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (**רופא הסכם**), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח. שכר טרחתו של הרופא יכוסה במלואו על ידי המבטח ועלויות ביה"ח והאשפוז יכוסו על ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן.

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"שירותי בריאות נוספים – שב"ן"** – תוכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה. תוכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.

1.2 **"כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון"** – כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ואשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות למבוטח מהשב"ן.

1.3 "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" – תוכנית ביטוח המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל והנותנת כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן לבין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בכפוף לתגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח על-פי פרק זה.

1.4 "מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן" – מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:

1.4.1 מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

1.4.2 המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.

1.5 **תקופת אכשרה בשב"ן** – תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.

1.5 "אישור רשמי מקופת החולים" – אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

מקרה ביטוח:

2. ניתוח / מחליף ניתוח שהמבוטח עבר במהלך תקופת הביטוח.

תנאי מוקדם לאחריות החברה:

3. החברה תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח אם ורק אם אישרה מראש למבוטח, כי תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח / מחליף ניתוח ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם. אם בוצע ניתוח / מחליף ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמענו ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה, והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח / מחליף ניתוח, ניתוח או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבוטח, ולא יותר מ 60 יום ממועד ביצוע הניתוח או קבלת הטיפול הרפואי.

התביעות והיקף חבות החברה:

4.1 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תנאי הפוליסה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח לניתוח לפני ביצועו.

4.2 לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את הניתוח / מחליף ניתוח, ישלם המבטח למבוטח את ההפרש שבין סך כל ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.

למען הסר ספק מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבוטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על תקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 שלהלן.

4.3 תקרת תגמולי הביטוח על פי פרק זה יהיו עד לתקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 להלן ויהיו עבור ההוצאות בפועל של המבוטח על פי קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 4.6 שלהלן.

4.4 על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח את הפרש ההוצאות כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על סך החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.

4.5 במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תוכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי פרק זה:

4.5.1 במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח או במקרה שהמבוטח אינו מבוטח על פי תוכנית שב"ן, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 5 להלן.

4.5.2 במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן) ישולם למבוטח ההפרש שבין סך הוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.

במקרה ולא ימציא המבוטח אישור כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום על מידע שאסף אודות ניתוח / מחליף ניתוח זה או דומה ששילם הוצאותיו למבוטח/ים במסגרת פרק זה.

במקרה של מבטח המשרת בצה"ל שירות סדיר, ישולמו למבטח תגמולי ביטוח כאמור בפרק ד' 1 להסכם זה. במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות למבטח מסוים בשל נסיבות רפואיות (כדוגמת אי עמידה באינדיקציות רפואיות), ישולמו למבטח תגמולי ביטוח כאמור בפרק ג' להסכם זה.
למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבטח לשותף פעולה עם המבטח להשגת האישור כאמור.

4.6 המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבטח את השירות הרפואי, או לשלם למבטח עצמו.

במקרה של תשלום תגמולי הביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבטח עצמו, **יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל. לא יבוצע החזר כנגד צילומי קבלות או העתקים המתאימים למקור.**
למרות האמור לעיל, במקרה והגיש המבטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר.

4.7 במקרה בו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות כאמור בסעיף 4.5 לעיל המבטח ימציא למבטח אישור רשמי מקופת החולים המציין את האמור בשני הסעיפים הקטנים שלהלן במצטבר:

4.7.1 המבטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות על פי תנאי השב"ן

4.7.2 פירוט הסיבה לאי הזכאות

4.8 ברות ביטוח

4.8.1 מבטח שחברתו בשב"ן בוטלה, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 ימים ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (להלן: "פוליסת המשך"). המבטח יהיה רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (הכוללת תקופת אכשרה אם קיימת) ובין אם לאו. במקרה כאמור המבטח יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה בכפוף לתשלום הפרמיה המלאה על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון, על פי גילו בעת המעבר למסלול זה.

4.8.2 לא מימש המבטח זכות זו תוך 60 הימים לעיל, תפקע זכות זו מאליה ותחודש בעת הצטרפות המבטח לתוכנית שב"ן בקופת החולים בה הוא חבר באותה עת וזאת על פי אישור הקופה, אשר ימציא המבטח למבטח המעיד על תקופת חברותו בשב"ן.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המפורטות להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות") לכל הניתוחים / מחליפי ניתוח המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

5.1 בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח / מחליף ניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.

5.2 להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

5.2.1 שכר מנתח/מרדים:

5.2.1.1 בגין ניתוחים / מחליף ניתוח בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח,

לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם באותו הדרג.

5.2.1.2 בגין ניתוחים / מחליף ניתוח בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, על-פי בחירת המבוטח, תהיה תקרת השיפוי לשכר מנתח/מרדים לפי הסכום שהיה משולם בגין אותו ניתוח כנהוג באותה עת אצל החברה למנתח/מרדים שבהסכם על-פי הסכמים שיש לה עם נותני שירות שבהסכם בישראל, ובכל מקרה לא יותר מהסכום ששילם המבוטח בפועל.

5.2.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח

החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח/ מחליף ניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם.

כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח מוסכם ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.

5.2.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח / מחליף ניתוח ואשר מתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות עד התקרות של ספקים שבהסכם.

5.2.4 שתל - אבזור מושתל:

בוצע במבוטח ניתוח / מחליף ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבוטח שתל תשתף החברה בעלות השתל הנ"ל עד לסך 30,000 ₪.

5.2.5 פיזיותרפיה ושירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז:
פיזיותרפיה ו/או שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז לצורך או עקב ניתוח / מחליף ניתוח, שניהם ביחד עד לסכום של 500 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית ו/או טיפולי פיזיותרפיה ובלבד שביצוע השמירה הפרטית או הפיזיותרפיה לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

5.2.6 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:

החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח / מחליף ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

5.2.7 התייעצות לפני ניתוח / מחליף ניתוח:

החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח / מחליף ניתוח עם מנתח הסכם או עם מנתח אחר עד המשולם לרופא שבהסכם. בנוסף, החברה תכסה התייעצות אחת לאחר הניתוח / מחליף ניתוח עם מנתח שבהסכם אשר ביצע בפועל את הניתוח. בוצעה ההתייעצות אצל מנתח שלא בהסכם ואשר ביצע בפועל את הניתוח / מחליף ניתוח, ישופה המבוטח עד תקרת הסכום המשולמת למנתח שבהסכם בגין התייעצות כנגד קבלות מקוריות.

התייעצות נוספת לפני ניתוח:
החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח/ מחליף ניתוח אצל מנתח הסכם עד תקרה של 1,250 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות

5.2.8 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח / מחליף ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:
המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות עבור חוות דעת פתולוגית שנייה בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, עד תקרה של 4,500 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.

- 5.2.9 **תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה במקרה של סיבוכי ניתוח / מחליף ניתוח**
- 5.2.9.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,500 ₪ במקרה של אובדן מוחלט של כושר עבודה הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח / מחליף ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67.
- יובהר כי הכיסוי הנו לאובדן כושר עבודה שנגרם כתוצאה מסיבוכי ניתוח / מחליף ניתוח ולא כתוצאה ממצבו הרפואי של המבוטח שקדם לביצוע הניתוח.**
- הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.**
- 5.2.9.2 המבוטח יחשב באובדן מוחלט של כושר עבודה לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה אם עקב הניתוח / מחליף ניתוח, נשלל ממנו, בשיעור של 75% לפחות, הכושר להמשיך במקצועו או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח, או בעיסוק סביר אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו ולהכשרתו, וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: "תקופת המתנה").
- 5.2.9.3 הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של 12 חודש ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המבוטח לגיל 67.
- 5.2.9.4 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.
- 5.2.9.5 במידה שהמבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל – החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו ובנוסף לפעול לגביית הסכומים אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.
- 5.2.9.6 במקרה של אובדן כושר עבודה חוזר בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח לא יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת.

5.2.15 **מוות כתוצאה מניתוח / מחליף ניתוח:**

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי / מחליף ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח / מחליף ניתוח ו/או כתוצאה מסיבוכים כתוצאה מהניתוח / מחליף ניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 100,000 ₪. לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

5.2.16 **פיצוי חד פעמי במקרה גילוי מחלת האיידס ו/או צהבת נגיפית מסוג B:**

החברה תפצה את המבוטח פיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ במקרה של הידבקות בנגיף איידס ו/או בצהבת מסוג B כתוצאה מעירוי דם במהלך ניתוח אלקטיבי / מחליף ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו שבוצע בארץ.

תקופת האכשרה:

.6

תקופת האכשרה לפרק זה תהא 30 יום.

למרות האמור לעיל, למקרה ביטוח הקשור בהריון או לידה תקופת האכשרה תהיה בת 270 יום.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קודם.

ניתוח בחו"ל:

1.1 הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1.1 **"מקרה הביטוח"** – מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח המכוסה על פי פרק א' בפוליסה זו ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל, בתנאי שהניתוח ניתן לביצוע במסגרת שירותי הרפואה בישראל במערכת הציבורית או הפרטית.

1.1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.

1.1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

1.1.5 **"יום אשפוז"** – יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן ובלבד שהניתוח והשירותים הרפואיים שלהלן יאושרו מראש על ידי החברה.

1.2.1 שכר מנתח/ מרדים:

שכר מנתח ו/או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש ע"י החברה.

1.2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל כהגדרתו בסעיף 4.4.4 לפרק ג' (ניתוחים) המשתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.

1.2.3 **הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח יכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מירבי של 84,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית יקבע ע"י רופא מטעם החברה עפ"י מצבו הרפואי של המבוטח.

1.2.4 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

החברה תכסה את מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל לצורך הניתוח או במהלך תקופת החלמה באשפוז שלאחר הניתוח.

1.3 **תביעות:**

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח, יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת.

על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל.

קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי סעיף זה.

2. **תקופת האכשרה:**

תקופת האכשרה בגין ניתוח תהיה 60 יום. למרות האמור לעיל במקרים הקשורים בהריון ולידה – 270 יום.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

- הגדרות לפרק זה:**
 בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:
- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים המפורטים להלן כתוצאה מבעיה רפואית פעילה שהתעוררה אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2 **"רופא מומחה"** – רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.
- 1.3 **"שירותים רפואיים"** – בדיקות רפואיות, ניתוח אלקטיבי, טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים אמבולטוריים.
- 1.4 **"ספקי שירות רפואיים"** – בתי חולים, רופאים ומכונים רפואיים כמוגדר בפרק המבוא לפוליסה זו.
- 1.5 **"רופא גניקולוג מומחה"** – רופא אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה ברפואת נשים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973.
- 1.6 **"התייעצות"** – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות, למעט התייעצות שגריתית עם רופא נשים, רופא משפחה ורופא ילדים בטיפול בבעיות שגריתיות או ביקור אצל רופא מומחה לצורך מתן מרשם לתרופות.
- 1.7 **"בדיקות הריון"** – סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: סיסטיק פיברוזיס, קאנוואן, תסמונת ה-X השביר ומחלת גושה. בדיקת סיסי שליה. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר. בדיקת מי שפיר או כל בדיקה חלופית אחרת.
- 1.8 **בדיקות רפואיות אבחנתיות** – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

להלן השירותים הרפואיים המכוסים:

- 2.1 בדיקות אבחנתיות:**
 החברה תשלם הוצאות לבדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.5 לעיל, עד 6,000 ₪ לכל הבדיקות יחד לשנת ביטוח ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% מכל תשלום ששילם המבוטח בגין כל בדיקה. השיפוי מותנה בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% מכל תשלום ששילם המבוטח בגין כל בדיקה. הכיסוי יינתן כנגד הגשת קבלות מקוריות בלבד.
- 2.2 התייעצות עם רופא מומחה:**
- 2.2.1 החברה תשפה את המבוטח בסכום השווה לעד 900 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות התייעצות.
- 2.2.2 המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל פעמיים בכל שנת ביטוח. הכיסוי יינתן כנגד הגשת קבלות מקוריות בלבד.
- 2.3 בדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.7 לעיל:**
 החברה תשלם תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאה שהוציאה המבוטחת בפועל בגין בדיקות ההיריון ועד 3,000 ₪ בגין כל בדיקות ההיריון לכל הריון.
- 2.4 בית החלמה לאחר לידה:**
 החברה תשלם תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאה שהוציאה המבוטחת בגין שהייה בבית החלמה מוכר ליולדות ועד 500 ₪ ליום, לתקופה מרבית של 3 ימים ובתנאי ששהתה בבית החלמה תוך שבוע ממועד שחרורה מבית החולים
- 2.5 הפריית מבחנה:**
 החברה תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת הפריה חוץ גופית (I.V.F.), זאת עד לסכום של 10,000 ₪ לכל הפריה. עד שתי הפריות במשך תקופת ביטוח. הכיסוי יינתן כנגד הגשת קבלות מקוריות בלבד.
- 2.6 טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים לאחר ניתוח:**
 מבוטח אשר מאושפז כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים רדיותרפיים וכימותרפיים המבוצעים במהלך האשפוז – עד תקרה של 45,000 ₪ סה"כ לכל תקופת הביטוח.
- 2.7 חיסונים לנוסעים לחו"ל:**
 מבוטח, הנוסע לחו"ל במהלך תקופת הביטוח, זכאי להחזר בגין ביצוע חיסונים הנדרשים לו לצורך הנסיעה זאת עד 650 ₪ לכל נסיעה. יכוסו אך ורק חיסונים המבוצעים במהלך תקופת הביטוח.

שיקום דיבור / ריפוי בעיסוק: 2.8
מבוטח הנמצא במצב של אובדן תפקודי מלא או חלקי או במקרה של פגיעה בכושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (CVA) או ניתוח אשר ניתן לשפרו ע"י טיפול לשיקום הדיבור יהיה זכאי לשיפוי של 75% מההוצאה שהוציא בפועל עבור קבלת הטיפולים לשיקום הדיבור / ריפוי בעיסוק ולא יותר משיפוי המרבי של 155 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים לכל מקרה ביטוח.

2.9 שהייה במוסד החלמה וריפוי בעיסוק לאחר השתלת לב או ניתוח לב:

בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או השתלת לב, שכתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, תשתתף החברה בהוצאות החלמה/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בגובה 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 700 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) ימים בבית החלמה שיקום המוכר ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

2.10 התעמלות שיקומים לאחר השתלת לב או ניתוח לב
החברה תשפה את המבוטח עבור הוצאות בגין התעמלות שיקומית בעקבות ניתוח לב או השתלת לב, והמצריך התעמלות שיקומית על פי הפנייה מפורשת מרופא מומחה. גובה ההחזר יהיה 80% מההוצאות אותם הוציא המבוטח בפועל, ועד לסכום מרבי של 180 ₪ לחודש ולתקופה של עד 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 12 חודשים ממועד האירוע.

2.11 משדר קרדיולוגי:
חברה תשתתף בהוצאות משדר קרדיולוגי לאחר ניתוח לב או התקף לב בגובה 70% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-160 ₪ לחודש לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים. השיפוי יינתן כנגד חשבונות מקוריות בלבד.

2.12 בדיקות התאמת הטיפול במחלת סרטן
ביצוע בדיקה המיועדת לנבא באמצעותה את תגובתו של המטופל לטיפול לרבות עמידות מחלתו של המבוטח לתרופות ויעילות הטיפול במחלת סרטן השד ו/או סרטן המעי הגס ו/או סרטן החלחולת. המבטח ישפה את המבוטח בגין הבדיקות הנ"ל במכון המתמחה בבדיקות אלה ובתנאי כי רופא מומחה קבע שיש לבצע בדיקה זו. ההשתתפות העצמית של המבוטח תהא 20% מעלות הבדיקה. תקרת הכיסוי היא 4,000 ₪ לשנת ביטוח. ביצוע הבדיקות יהיה על פי הפניית החברה לאחר אישור הזכאות, למכון המבצע בדיקות אלה.

2.13 כיסוי לטיפול בחדר מלח:
המבטח ישותף בהוצאות המבוטח לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור עד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח ולא יותר מ- 120 ש"ח לטיפול. הטיפול יאושר בכפוף למרשם רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול. ההשתתפות תינתן כנגד הצגת קבלה מקורית על קבלת הטיפול ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית מכל טיפול.

2.14 טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:
המבטח ישלם ישירות לספק השירות אוו ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ- 2,500 ש"ח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

2.15 מבוטח אשר יאושפו בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי בסך 500 ש"ח ליום אשפוז, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 21 יום. עבר המבוטח ניתוח במהלך האשפוז לא יהיה זכאי לפיצוי על פי סעיף זה.

הגבלות לאחריות החברה:

3.1 השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו אך ורק בישראל.

3.2 סעיף הסייגים הכלליים בפוליסה שאליה צורף פרק זה, חל גם על פרק זה.

3.3 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה, שאינן עקב בעיה רפואית פעילה כפי שיקבע על ידי רופא מטעם המבוטח ויאושר על ידי רופא מטעם החברה.

תקופת אכשרה:

4. לפרק זה תקופת אכשרה בת 60 יום למעט כל הקשור להריון ולידה להם תקופת אכשרה בת 270 יום.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור באחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק ו' – ביטוח סיעודי למבוטחים מגיל 21 ומעלה – בתוקף עד ליום 31.12.13

1.

הגדרות לפרק זה:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 "מבוטח" – מבוטח שגילו 21 שנה ומעלה.

1.2 "מקרה הביטוח" - אחד משני האירועים הבאים לפחות:

1.2.1 מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה,

תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע

בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות

3 מתוך 6 הפעולות הבאות:

לקום ולשכב: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב

שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא

גלגלים ו/או ממיטה.

להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש

ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב

חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה,

להתקלח במקלחת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או

למקלחת.

לאכול ולשתות: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו

בכל דרך או אמצעי (כולל שתיה ולא אכילה, בעזרת קשית),

לאחר שהמוזן הוכן עבורו והוגש לו.

לשלוט על סוגרים: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על

פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות

אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר

בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים

למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.

ניידות: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום.

ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות

בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באבזר אחר כולל מכני או

מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של

המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים ייחשב

כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

1.2.2 מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש"

שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות

נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה

ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט,

ירידה ביזכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום

ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת

רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר,

או בצורות דמנטיות שונות.

- 1.3 "התגמול הסיעודי" - 5,537 ₪.
- 1.4 "תקופת התגמול הסיעודי" - תקופה מרבית של עד 60 חודשים וכל עוד המבוטח הינו בעל צורך סיעודי (המוקדם מביניהם).
- 1.5 "תקופת המתנה" - תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת 45 יום לאחר מכן, שבמהלכה היה המבוטח במצב סיעודי באופן רצוף. במשך תקופה זו, החברה לא תשלם תגמול סיעודי חודשי בגין מקרה ביטוח כקבוע בפרק זה.
2. **חבות החברה:**
במקרה של אי יכולת ביצוע של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות או 2 מתוך 6 הפעולות שאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים, תפצה החברה את המבוטח בגובה התגמול הסיעודי החודשי של 5,537 ₪, החל מתום תקופת ההמתנה ולכל היותר עד לתום תקופת התגמול הסיעודי. החברה תפסיק לשלם למבוטח את התגמול הסיעודי מן המועד בו הפסיק להיות במצב סיעודי, במותו (חו"ח), או בתום תקופת התגמול הסיעודי - לפי המוקדם.
3. **שחרור מתשלום דמי הביטוח במקרה קרות מקרה הביטוח על פי פרק זה:** המבוטח ישחרר מתשלום דמי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי פרק זה. השחרור יהיה כל עוד ביטוח קבוצתי זה הינו בתוקף וכל עוד משולם למבוטח התגמול הסיעודי שעל פי פרק זה.
4. **הוצאות שיקום:**
מבוטח הזכאי לתגמול הסיעודי, יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות שיקום, כהגדרתן להלן, בשיעור של 80% מסך ההוצאות שהוצאו בפועל, לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח ולא יותר מסכום מירבי בסך של 44,295 ₪ לכל תקופת הביטוח. הוצאות שיקום לעניין סעיף זה - הוצאות בגין טיפולים רפואיים ו/או שיקומיים, אשר יש בהם, על פי חוות דעת רופא שיקומי או גריאטרי, כדי לסייע למבוטח לשוב ולתפקד כעצמאי. תשלומים על פי סעיף זה לא יקוזזו מן התגמול הסיעודי כאמור לעיל.
5. **הגבלות לאחריות החברה:**
מבלי לפגוע בסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה ובנוסף להם, החברה לא תהיה חייבת בתגמולי הביטוח הסיעודיים, כולם או מקצתם, על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:
במקרה שבמועד הצטרפות המבוטח לביטוח, אין הוא יכול לבצע באופן מוחלט ועצמאי וללא כל עזרה של אדם או מכשיר לביצוע לפחות אחת מן הפעולות המנויות בסעיף 1.2.1 לעיל או סובל מבעיה רפואית כאמור בסעיף 1.2.2 לעיל.
6. **הגבלת אחריות החברה מחוץ לגבולות מדינת ישראל:**
החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

דף הרשימה

תקופת הביטוח: 1.9.2013 – 31.8.2018 בחצות.

מועד תחילת הביטוח: 1.9.2013

הפרמיה החודשית:

לעובד/ת - 71.43 ₪
לבן/בת זוג - 71.43 ₪
ילד - בן/ת של עובד עד גיל 25 - 19.38 ₪
(החל מילד שלישי עד גיל 25 במשפחה – חינם)
ילד - בן/ת של עובד מעל גיל 25 - 71.43 ₪ לכל ילד גדול

למבקש להצטרף למסלול ניתוחים משלים שב"ן תינתן הנחה בגובה 5% מהתעריפים הרשומים לעיל.

המדד היסודי: מדד שפורסם ביום 15.6.13, 12221 נקודות.

כתבי שירות המצורפים לפוליסה זו :

נספח א' – ייעוץ תרופתי
נספח ב' – רופא עד הבית

כתבי שירות

ייעוץ תרופתי

המבוטח יהיה זכאי לשירות המפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן:

1. **הגדרות:**
 - 1.1 "החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ
 - 1.2 "הפוליסה" פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה לאיה מצורף כתב שירות זה אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
 - 1.3 "מבוטח" המבוטחים בפוליסה אשר שמם נקוב בדף הרשימה.
 - 1.4 "המנוי" מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
 - 1.5 "נותן השירות" נותן שירות שהתקשר עם החברה למתן השירותים עפ"י כתב שירות זה כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
 - 1.6 "מידע רפואי" כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או הרופא מטעמו.
 - 1.7 "רופא" אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסכמים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסויים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג – 1973.
 - 1.8 "מוקד השירות" מוקד טלפוני של החברה אשר פרטיו יפורסמו מעת לעת על ידי החברה ובאמצעותו יופנה המבוטח למוקד נותן השירות.
 - 1.9 "רופא הסכם" רופא אשר התקשר עם נותן השירות בהסכם למתן יעוץ למנויים.
2. **השירות:**
 - 2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ תרופתי באמצעות טלפון ע"י רופא הסכם מטעם נותן השירות, בנושאים המפורטים להלן:
 - 2.1.1 מינויים.
 - 2.1.2 תופעות לוואי של תרופות.

- 2.1.3 תגובות בין תרופתיות.
- 2.1.4 תגובות בין תרופות למחלות.
- 2.1.5 תרופות בהריון.
- 2.1.6 תרופות בהנקה.
- 2.1.7 הרעלות – מהן ההשלכות של לקיחת מינון יתר מתרופה מסויימת וכיצד יש להתנהג כדי למנוע נזק.
- 2.2 המנוי זכאי לייעוץ הטלפוני האמור בסעיף זה לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השירות ו/או לרופא הסכם מטעמו.
- 2.3 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

נוהל קבלת שירות:

3.

- 3.1 ביקש מבוטח לקבל את השירות, יפנה טלפונית למוקד השירות יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח.
מוקד השירות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 3.2 מיד לאחר שנציג החברה במוקד החברה יודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השירות יעביר נציג החברה את השיחה לרופא ההסכם צורך מתן השירות.
- השירות יינתן ע"י רופא ההסכם עם פניית המנוי אליו. אולם, במידת הצורך, ייצור רופא ההסכם קשר טלפוני עם המנוי למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי תוך שעתיים (2 שעות) לכל היותר, ממועד פניית המנוי אליו לצורך מתן הייעוץ.
- 3.3 על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל מידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.
- 3.4 נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.
- 3.5 השירות יינתן בישראל בלבד.
- 3.6 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

3.7 השירות לא יינתן במקרה בו לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם לא ניתן ליתן יעוץ טלפוני. במקרה זה, יפנה רופא ההסכם את המנוי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי.

מחויבותו של החברה ו/או נותן השירות ו/או רופא ההסכם כלפי המנוי בכל פנייה לפי ס"ק זה תסתיים עם העברת פרטיו של הרופא המומחה למנוי (שם, טלפון וכתובת המרפאה).

אחריות:

.4

4.1 החברה לא תהיה אחראית בכל אופן בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
4.1.1 איכות השירות נשוא כתב שירות זה.

4.1.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

4.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עובר ובקשר עם שירות.

4.1.4 תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיות וההשלכות העלולות לנבוע מהם.

מחויבותה של החברה בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות.

4.2 **יובהר כי בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.**

תקופת תוקפו של כתב השירות:

.5

5.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנה ויתחדש מאליו בתום שנת לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עפ"י כתב שירות זה עבור כל מבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 60 ימים.

5.3 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.

5.4 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

.6 **החוק הנהוג:** בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.

.7 **סמכות השיפוט:** בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.

רופא עד הבית

הגדרות לנספח זה:

.1

הפניקס חברה לביטוח בע"מ	"החברה"
פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.	"הפוליסה"
המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה כזכאים לשירות עפ"י כתב שירות זה.	"המנוי"
נותן שירות שיקבע ע"י החברה מעת לעת.	"נותן השירות"
כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או מטפל מטעמו.	"מידע רפואי"
רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג – 1973.	"רופא"
מוקד טלפוני ארצי המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.	"מוקד השירות"

הזכאות לשירות:

.2

מצב בריאותי לקוי ו/או מחלה של המבוטח.	2.1
מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו פנה המבוטח ל"מוקד השירות".	2.2

השירות יינתן בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, בכל רחבי הארץ, למעט מזרח ירושלים וביהודה ושומרון, למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב יום כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.
השירות יינתן בזמינות של עד שעתיים מרגע קבלת הדרישה לשירות במוקד השירות.

התחייבות החברה והשתתפות עצמית:

.3

3.1 בהתקיים מקרה הביטוח מתחייבת החברה לשלוח לבית המנוי רופא לצורך בדיקה ו/או טיפול חירום כאמור בנספח זה להלן. השירות יינתן בכל מקום בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, למעט מזרח ירושלים, יהודה ושומרון.

מנוי הנמצא באזור מזרח ירושלים וביהודה ושומרון הנזקק לשרות, ועל פי הפרטים והנתונים שימסור למוקד הרפואי, יומלץ לו על ידי המוקד הרפואי להגיע למרפאה והוא ייתן, הסכמתו לכך, יופנה לקבלת השרות הרפואי באחד מרכזי השרות הרפואי המופעלים על ידי נותן השירות הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן. הכל לפי בחירת המבוטח ובכפוף לשעות הפעילות של המרכז הרפואי כאמור להלן.

3.2 התחייבות החברה הינה עבור השירותים הרפואיים בסעיף 3.3 להלן, שהקריאה בגינם תתקבל ב"מוקד קו הבריאות".

3.3 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי על ידי רופא כמפורט להלן:

3.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו.

3.3.2 בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.3 קביעת אבחנה רפואית.

3.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.6 הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה/ לרופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא, בכפוף לתקנון קופת החולים הרלוונטית.

3.3.8 מתן תעודה רפואית.

3.4 הזכאות לקבלת שירות רפואי על פי כתב שירות זה הינה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

3.5 בגין כל ביקור רופא עבור כל מנוי יהיה חייב המנוי לשלם דמי השתתפות בסך של 25 ₪ הצמודים למדד הבסיס.

4. **הגבלות לאחריות נותן השירות:**
4.1 **נותן השירות לא יהא אחראי על פי כתב שירות בגין: תרופות למעט האמור בסעיף 3.3.4 לעיל.**
- 4.2 **הוצאות בגין המשך טיפול רפואי שהומלץ ע"י הרופא שביקר בבית המבוטח.**
5. **הוראות כלליות:**
5.1 על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל המידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.
5.2 המנוי הצהיר כי ידוע לו שלצורך קבלת השירות וכשהדבר יידרש, בהתאם לשיקול הדעת של המוקד הרפואי, יועבר המידע המצוי ברשומה הרפואית, כולו או חלקו, לצוות הרפואי הפועל מטעם המוקד הרפואי ו/או למד"א ולכל גורם רפואי אחר באמצעות קשר אלחוט, טלפון, פקסימיליה וכיו"ב אמצעים להעברת מידע, והמנוי מרשה למבטח ולמוקד הרפואי לפעול להעברת המידע כאמור בסעיף 5.1.
5.3 המנוי מאשר כי הפרטים הרפואיים שימסרו על ידיו ו/או יתקבלו בקשר אליו מכל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או כל גוף אחר יכללו במאגר המידע הממוחשב אצל החברה ו/או בית החולים על מנת שישמש את עובדי ונציגי החברה ועובדי בית חולים לצורך מתן שירות במסגרת המוקד הרפואי. למען הסר ספק, מובהר כי כללי הסודיות הרפואיים ישמרו במלואם ע"י כל המועסקים.
5.4 נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו יכול שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.
5.5 למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין שירות ביקור רופא תשולם על ידי המנוי ישירות לרופא מטעם נותן השירות ובשום מקרה ואופן שלא באמצעות החברה.
6. **תקופת תוקפו של כתב השירות:**
6.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות עפ"י הפוליסה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה שהוצאה ע"י החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.
6.2 על אף האמור לעיל, במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, אינתי טבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע וישהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

פטור מאחריות:

החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1 תוכן השירות הטלפוני.

7.2 רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות.

למען הסר ספק השירות ניתן בישראל בלבד.