

ז' סיון, תשע"ו
13 יוני, 2016

עובדות ועובדים יקרים,

רכבת ישראל וועד העובדים פועלים לאורך השנים במשותף להציע ביטוחי בריאות לעובדים ובני משפחותיהם.

ביטוח הבריאות שהיה לעובדיי החברה עבר לאחרונה שינויים בכללם גם עדכון פרמיה. החברה וועד העובדים פעלו בתקופה האחרונה למצוא חלופה אחרת לביטוח הבריאות במטרה להשיג כיסויים רחבים יותר וזולים יותר.

פועלנו נשא פרי והגענו להסכם עם חברת "הפניקס" לפוליסה, שהינה מהטובות ביותר בשוק ביטוחי הבריאות בישראל, והיא כוללת כיסויים מורחבים והוזלה משמעותית של עלויות הפרמיה החודשיים בהשוואה לביטוח הקולקטיבי שהיה לחברה לאחר עדכון הפרמיות.

כשירות לעובדיי החברה, שהיו מבוטחים בביטוח הבריאות, ביצענו העברת המבוטחים (לרבות בני המשפחה) לחברת הביטוח להבטיח כיסוי ביטוחי.

עובדים שאינם מבוטחים בביטוח הבריאות, זכאים להצטרף ללא הצהרת בריאות עד לתאריך 31/07/2016. טפסי הצטרפות נמצאים בפורטל הרכבת.

פוליסת בריאות זו מהווה חלק מתפיסת החברה וועד העובדים לדאגה לעובדיה ואנו מאחלים לכם בריאות טובה ואריכות ימים

בברכה,

הנהלת רכבת ישראל
ועד העובדים

עובדות ועובדים יקרים,

ועד העובדים ממשיך ביתר שאת לשמור ולעדכן את זכויותיכם בכל הזדמנות שאפשר ושם לו למטרה לשדרג את פוליסת הבריאות, לפיכך יצאנו למרכז בנושא ביטוח הבריאות.

לאחר משא ומתן נבחרה חברת ביטוח "הפניקס" לבטח את עובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם.

במסגרת המעבר ל"פניקס" הצלחנו אף לשדרג את התנאים הקיימים ולשפר אותם, כך שכעת הפוליסה שודרגה לכיסוי ניתוחים מהשקל הראשון.

כל העובדים ובני משפחותיהם המבוטחים בפוליסה הקודמת בחברת "כלל" יועברו באופן אוטומטי לפוליסה המשודרגת בחברת "הפניקס".

במהלך זה נעזרנו ב"קידמה" סוכנות לביטוח.

פרוט מלא של הכיסויים והשירותים הניתנים לכם במסגרת פוליסת הביטוח תוכלו למצוא בחוברת המצורפת.

לתשומת לבכם, החל מ- 01.05.2016 נפתח חלון הזדמנות למשך 90 יום להצטרפות לביטוח ללא הצהרת בריאות לעובדים ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים בביטוח הבריאות בחברת "כלל".

"קידמה" תטפל בצירוף עובדים ובני המשפחה, טיפול בתביעות וכן באופן שוטף בפוליסת הבריאות החדשה ב"פניקס".

להלן פרטי התקשרות ל"קידמה" סוכנות לביטוח:

- להצטרפות + צירוף בני משפחה: יערית 073-2195714, אבישי 073-2195728
- לטיפול בתביעות: ליז 0732195711
- קידמה- טלפון ראשי: 04-8201101

ניתן לצפות בחוברת הפוליסה באתר קידמה www.kidma-ins.co.il

באתר קיימת לשונית "מידע תוכניות לוועדי עובדים" ואז "רכבת ישראל" ובעזרת הסיסמה: RI 105

בנוסף קיימת אפשרות לקבל שם משתמש וסיסמה אישית לכל עובד לצורך קבלת נתוני ביטוח וחיסכון אישיים. זאת לאחר הרשמה באתר בדף שנקרא "הרשמת לקוחות למידע אישי".

בכבוד רב,

ניקה שימחוביץ'

יו"ר ועד ארצי וחברי הוועד

5	גילוי נאות
15	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי
27	פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים
48	פרק א' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל
53	פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
57	פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
59	פרק ד' - כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מ"שקל ראשון"
62	פרק ה' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן
66	פרק ו' - שירותים אמבולטוריים
	כתבי שירות:
70	רופא עד הבית, חירום שיניים, יעוץ פסיכולוגי, מוקד מידע טלפוני
77	נספח 1 - רשימת גבולות אחריות המבטח
81	נספח 2 - נתוני הסכם הביטוח והפוליסה
81	נספח 3 - טבלת הפרמיות

תנאים	סעיף	נושא
ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחותיהם.	1. שם הפוליסה	כללי
רכבת ישראל ח.פ. 520043613	2. שם בעל פוליסה	
כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות	3. הכיסויים בפוליסה	
פרק א - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל פרק ד' - כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מהשקל הראשון פרק ה' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן פרק ו' - שירותים אמבולטוריים כתבי שירות		
1.5.2016-30.4.2021 (3' 0)	4. משך תקופת הביטוח הקבוצתי	
קיימת במקרים של ביטול על ידי המבוטח, תום תקופת הביטוח הקבוצתי, הפסקת הזיקה לבעל הפוליסה (8.4' 0)	5. המשכיות (לפוליסת פרט)	
אין	6. תנאים לחידוש אוטומטי	
90 יום - השתלות בארץ ובחו"ל טיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מהשקל הראשון וכיסוי שב"ן, שירותים אמבולטוריים. 12 חודשים - במקרים של הריון או לידה (בפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל הראשון ושב"ן) 9 חודשים - במקרים הקשורים להתפתחות הילד, הריון ולידה (בפרק שירותים אמבולטוריים)	7. תקופת אכשרה	

תנאים			סעיף	נושא
קיימת, כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות			8. השתתפות עצמית	
בהתאם להסכמות עם בעל הפוליסה			9. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים
מסלול משלים שב"ן	מסלול מהשקל הראשון	המבוטח (גילאים)	10. גובה הפרמיה	פרמיות
94 ₪	89.3 ₪	עובד/ת		
94 ₪	89.3 ₪	בן/בת זוג / ילד בוגר		
29 ₪	27.5 ₪	ילד/ה עד גיל 25		
מסלול משלים שב"ן	מסלול מהשקל הראשון	גמלאים מבטחים		
29 ₪	27.5 ₪	0-25		
94 ₪	89.3 ₪	26-45		
225 ₪	214 ₪	46		
<ul style="list-style-type: none"> עובדים: מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך - חינם. הפרמיות צמודות למדד שפורסם ביום 15.4.2016 12107 נק'. 				
צמודות מדד.			11. מבנה הפרמיה	
יבוצע שינוי בהתאם להוראה רגולטורית (ס' 4.4) או בהתאם למנגנון התאמת דמי הביטוח (ס' 7.9)			12. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
בהודעה בכתב למבטח או בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת ביטוח (ס' 15)			13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	תנאי ביטול
עקב אי תשלום דמי ביטוח (ס' 11) או במקרה של אי גילוי (ס' 2.10) ו/או במקרה של שינוי בהוראות רגולטוריות.			14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	
קיימת (ס' 13.1.1)			15. החרגה בגין מצב רפואי קיים	חריגים
<p>כמפורט בס' 13, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות בארץ ובחו"ל טיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל (ס' 3), תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות (ס' 4), כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 2), כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מהשקל הראשון (ס' 5), כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (ס' 6)</p>			16. סייגים לחבות המבטחת	
ההפניות בחלק א' הינן לסעיפים בפרק התנאים כלליים בפוליסה אלא אם צויין אחרת.				

חלק ב' ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ל: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ ניתוחים מיוחדים בחו"ל					
שיפוי להשתלה	5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה. עד 1,000,000 ₪ להשתלת לב מלאכותי. ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל	800,000 ₪ למקרה ביטוח אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה. ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד	שיפוי מלא לשירותים המפורטים בסעיף 3.3.1	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות לבדיקות בעת האשפוז	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות אשפוז בחו"ל	360 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות בדיקות לאיתור איבר להשתלה	100,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	עד 100,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תקרת תגמולי הביטוח	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ל: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות לשימוש/השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	1,000,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות נסיעה לחו"ל	עד 25,000 ₪, עד 3 נסיעות למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסה רפואית	עד 100,000 ₪ להשתלה או לטיפול או לניתוח מיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה בחו"ל	עד 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג ליום ועד 200,000 ₪ להשתלה/טיפול מיוחד השתלה/טיפול/ניתוח מיוחד	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפול המשך לאחר השתלה/טיפול/ניתוח	עד 150,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות מעקב בחו"ל	עד 30,000 ₪, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול/ניתוח.	כן	ביטוח תחליפי	כן	כן
פיצוי חד פעמי לפני ביצוע השתלה	350,000 ₪ למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי חד פעמי לאחר ביצוע ההשתלה	350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל, 100,000 ₪ עבור השתלה בארץ. * קבלת תגמולים לפי ס' זה - מחליף כל תגמול אחר עפ"י פרק זה	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
גמלת החלמה חודשית לאחר השתלה בחו"ל	5,000 ₪ במקרה של השתלת האיברים המפורטים בס' 3.8.1 למשך 24 חודשים.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	עד 20,000 ₪ לפי כמפורט בסעיף 3.9.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

חוזר מס' 1-1-2009: סעיף 2.2 ב: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים - התשס"ח, 2008 ("החוק"), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:
 (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
 (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

תרופות	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<p>התרופות הנכללות: תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות.</p> <p>1. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה על לטיפול במצבו הבריאותי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.10 לפוליסה.</p> <p>2. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL.</p> <p>3. טיפול תרופתי בתרופת יתום.</p> <p>תקרת הכיסוי: עד 5,000,000 ₪ לכל תקופת בדיקה (30 חודשים).</p> <p>סכום ההשתתפות העצמית: 150 ₪ למרשם לחודש ועד 300 ₪ לכל המרשמים בחודש.</p>				

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 200 ₪ ליום ועד 60 ימים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק ג' – כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל					
תקרת השיפוי להוצאות בי"ח בחו"ל	בית חולים שבהסכם – שיפוי מלא. בית חולים שלא בהסכם – עד 150,000 ₪ או 200% מעלות ניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות ניתוח ו/או תחליף הניתוח	שיפוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 1.3.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסה רפואית	עד 85,000 ₪ להטסה אחת.	שיפוי	כן. ע"י רופא החברה	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיסה במקרה של אשפוז לתקופה שמעל 7 ימים	עד 25,000 ₪. הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטיין-יכוסה עוד מלווה אחד).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה לפני ניתוח/טיפול	עד 700 ₪ ליום למבוטח ולתקופה מרבית של 21 יום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסת גופה	כיסוי מלא.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל	עד 100,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה לאחר ניתוח	עד 700 ₪ ליום למבוטח ולתקופה מרבית של 5 יום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	שיפוי/ פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
פרק ד' – כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – כיסוי מהשקל הראשון					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	כיסוי מלא.	שתל / אביזר מושתל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	1,000 ₪ לכל התייעצות. 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח ניתוח / טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח (סעיף 3.1)
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	שכר מנתח (סעיף 3.2)
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	לרבות: שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום ניתוח) והכל באמצעות אחד מאלה: נותן שירות שבהסכם נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית (סעיף 3.3)

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
------------------------	-------------	-------------	-------------------------------------	---	--------------------------

פרק ה' – כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן

חוזר פיקוח מס' 6-1-2007: ס' 4:

א. הכיסי בגין ניתוחים על פי כיסוי ביטוחי זה (ניתוחים בישראל – משלים שב"ן) מהווה ביטוח משלים אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, (ר' מסלול ניתוחים בישראל – מסלול מהשקל הראשון) שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה (התקרה המופיעה לאותו ענין במסלול ניתוחים בישראל – מסלול מהשקל הראשון).

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

ג. 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 (שב"ן).

ד. למבטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסי 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.

פרק ו' – שירותים אמבולטוריים

התייעצות עם רופא מומחה	1,000 ₪ להתייעצות. 3 התייעצויות לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	עד 4,500 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיסה ושהייה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל	עד 4,500 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות רפואיות אבחנתיות	5,000 ₪ לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	4,500 ₪ לשנת ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
חוות דעת שנייה לפענוח בדיקות הדמיה	עד 2,000 ₪ למקרה ביטוח. 15% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ל: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים	עד 160 ש"ל לטיפול ולא יותר מ 12 טיפולים לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפולים אונקולוגיים	50,000 ש"ל לטיפול - ביטוח - 200,000 ש"ל לטיפול בהימפולטרציה או פרפוזיה ישירה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	עד 30,000 ש"ל למקרה ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
מנוי למשדר קרדילוגי	עד 150 ש"ל לחודש ועד 24 חודשים. 50% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 4,000 ש"ל לשנת ביטוח. 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיקום דיבור / ראייה / ריפוי בעיסוק	עד 200 ש"ל לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
אביזרים רפואיים	עד 2,000 ש"ל לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בחדר מלח	עד 120 ש"ל לטיפול ועד 10 טיפולים לשנת ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הזרקת חומרי סינוך למפרקים	עד 3,000 ש"ל למקרה ביטוח עבור עלות החומר המוזרק ועלות הטיפול.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי/פיצוי	צורך באישור החברה מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל בסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות במפרקים וברקמות הרכות	עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות הריון	עד 4,500 ₪ להריון. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

כתבי שירות

מוקד מידע טלפוני	תקרת כיסוי	סכום השתתפות עצמית
מוקד מידע טלפוני בייעוץ תרופתי.	מוקד מידע טלפוני בייעוץ תרופתי.	ללא השתתפות עצמית.
רופא עד הבית	ביקור בית ע"י רופא שבהסכם.	25 ₪
ייעוץ פסיכולוגי	מנוי יהא זכאי לקבלת 12 מפגשים עם פסיכולוג שבהסדר.	פגישה ראשונה - 80 ₪ 11 פגישות נוספות - 100 ₪ לפגישה.
חירום שיניים	שירותי עזרה ראשונה אצל רופאי שיניים שבהסדר לפי רשימת טיפולים, במרפאות בירושלים, חיפה, תל אביב ובאר שבע.	ללא השתתפות עצמית בשירותים המפורטים בסעיף 1.1.

תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח - יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין. הסכומים הנקובים בגילוי הנאות צמודים למדד הנקוב בפוליסה. בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים: (1) ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון). (2) ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן. (3) ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כוללים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון. יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן. הפרמיות וסכומי הביטוח הנקובים בגילוי הנאות נכונים ליום הוצאת הפוליסה בלבד ויתעדכנו בהתאם למדד הפוליסה ("מדד"). בכל מקרה של סתירה בין המצוין בגילוי הנאות לבין תנאי הפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי רכבת ישראל ובני משפחתם

1 מבוא	
1.1	המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
1.2	כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.
1.3	אלא אם כן הם מוגדרים במפורש בהסכם הביטוח, הגדרת המונחים המופיעים בהסכם הביטוח תהיה זהה להגדרתם בנספחים המצורפים אליו.
1.4	בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות הסכם הביטוח לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עימו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות, וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החביונות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת החברים המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הסכם הביטוח על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.
2 המבוטחים	
2.1	עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (נכדים), גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידוע/ה בציבור ושאיירים של גמלאי שנפטר וילדיהם (להלן: "המבוטחים"), בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
2.2	יובהר כי גריעת מבטח 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 מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו על ידי בעל הפוליסה תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגריעתו של המבטח מהרשימה נגרמה בתום לב.
2.3	גיל המבטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: "הגיל הקובע"). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו 10 חודשים יחשב כגיל 30.

<p>המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידינו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה, כי ימלא אחר הוראות כל היתר ו/או רישיון ו/או כל דין בקשר עם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה, וכי יפעל, בעצמו ועל חשבוננו, להשגת כל אישור, היתר או רישיון חדש, ככל שיידרשו, ולשמירת אלו הקיימים בידינו כאמור בתוקף מלא לכל אורך תקופת הסכם הביטוח.</p>	3.1
<p>המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם הביטוח ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם הביטוח, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.</p>	3.2
<p>המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם הביטוח במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם הביטוח בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.</p>	3.3

4 מהות הביטוח

הכיסויים בהסכם הביטוח והפוליסה:

<p>תרופות, השתלות, ניתוחים ותחליפי ניתוח בחו"ל ניתוחים ותחליפי ניתוח משקל ראשון, כיסוי אמבולטורי וכתבי שירות.</p>	4.1
<p>תרופות, השתלות, ניתוחים ותחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים ותחליפי ניתוח משלים שב"ן, כיסוי אמבולטורי וכתבי שירות.</p>	4.2
<p>רשימת גבולות אחריות המבטח לרבדי הכיסוי - כמפורט בנספח 1 לפוליסה.</p>	4.3
<p>במקרה שיפורסם חוזר, תקנה, הנחיה ו/או כל הוראה אחרת של המפקח על הביטוח ("חוזר") לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה. אם ליישום החוזר תהיה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ו/או הפוליסה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור תהיה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם.</p>	4.4

<p>במידה והחליט בעל הפוליסה לשנות ו/או לעדכן את תנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, 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 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.</p>	<p>4.5</p>
<p>במקרה שיפורסם חוזר לאחר החתימה על הסכם זה הגורעת מתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, והמחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.</p>	<p>4.6</p>
<p>בעל הפוליסה מינה את ארגון עובדי הרכבת (וועד העובדים) לשמש כמנהל הפוליסה ולפעול מול המבטח</p>	<p>4.7</p>
<p style="text-align: right;">5 תקופת הסכם הביטוח</p>	
<p>תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה כמפורט בנספח 2, ותחילתה ביום 1 במאי 2016 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום 30 אפריל 2021 (להלן: "תקופת ההסכם").</p>	<p>5.1</p>
<p>בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.</p>	<p>5.2</p>
<p>לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופה נוספת של 5 שנים (להלן: "תקופת ההסכם המוארכת"), אלא אם הודיע בעל הפוליסה, לפחות 90 יום לפני תום תקופת ההסכם, על רצונו שלא לחדשו. בכפוף להתאמת פרמיה שתוסכם על הצדדים</p>	<p>5.3</p>
<p>על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור לעיל ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסיים אלה.</p>	<p>5.4</p>
<p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p>	<p>5.5</p>
<p style="text-align: right;">6 גביית דמי הביטוח</p>	
<p>מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.</p>	<p>6.1</p>
<p>מבטח לא יצרף מבטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה לאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק</p>	<p>6.2</p>

<p>בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים בהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.</p>	
<p>האמור בסעיף 6.1 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:</p> <p>6.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.</p> <p>6.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באתם 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 (להלן: "רצף ביטוחי").</p>	<p>6.3</p>
<p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.</p>	<p>6.4</p>
<p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.</p>	<p>6.5</p>
<p>6 תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו</p>	
<p>תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:</p> <p>(א) עובד/ת - היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.</p> <p>(ב) חבר/ה - היום בו נרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.</p>	<p>9.1</p>

<p>(ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.</p> <p>(ד) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.</p> <p>(ה) בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).</p>	
<p>תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:</p> <p>(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים, במידה ולא המשיך להיות מבוטח כגמלאי של בעל הפוליסה ולמעט במקרה המצוין בסיפא של סעיף 5.5 לעיל.</p> <p>(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח כמצוין לעיל.</p> <p>(ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.</p> <p>(ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/חבר, וכל עוד העובד/חבר מבוטח בהסכם (ויובהר כי עובד/חבר לא חייב להיות מבוטח כדי שבני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים) - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (כהגדרתו בנספח 2), ישלח המבוטח הודעה לעובד/חבר לגביי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של ילד בוגר כהגדרתו בנספח 2. במידה ובחר העובד שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר - יוכל העובד ו/או הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.</p>	<p>7.2</p>
<p>בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ולשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות או אישור תשלום מקורי בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, מובהר כי לא נידרש פירוט הוצאות בחשבונית או באישור התשלום, ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם או כמפורט בהסכם ו/או לפצות את המבוטח על פי סכומי הפיצוי הנקובים בפוליסה ו/או לשלם בגין הטיפול ישירות לספק ההסכם שביצע את הטיפול הרפואי במבוטח ובהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו.</p>	<p>8 תשלום בעת תביעה</p> <p>8.1</p>
<p>במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויצוין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגביי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.</p>	<p>8.2 העתק קבלות מקוריות</p>
<p>אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות (או נאמן למקור) או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור בסעיף 8.2 לעיל.</p>	<p>8.3</p>

<p>9.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:</p> <p>9.1.1 שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.</p> <p>9.1.2 כי הינו תאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם או מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים או הגמלאים אינם מבוטחים וכן בני משפחה של עובדים שנפטרו שהמבטח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" – לרבות מבטח.</p> <p>9.1.3 כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאיו ובני/בנות זוגם וילדיהם לרבות ידועים בציבור.</p> <p>9.1.4 כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.</p> <p>9.1.5 ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.</p>	<p>9.1</p>
<p>לא יאחר מ - 15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת העובדים ובני המשפחה המבוטחים בחודש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.</p>	<p>9.2</p>
<p>קובץ הדיווח החודשי יכלול את מצבת המבוטחים העדכנית והמלאה עבור אותו החודש למען הסר ספק, קובץ הדיווח יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים ובני המשפחה המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.</p>	<p>9.3</p>
<p>10 מתן הודעות למבוטח</p>	
<p>חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ("מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; אם נדרשה הסכמתו המפורשת של המבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך</p>	<p>10.1</p>

<p>בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; ההודעה השנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון (להלן: "הודעה שנייה").</p>	
<p>חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח</p>	10.2
<p>הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.</p>	10.3
<p>פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה (למעט אם בעל הפוליסה הינו מעביד) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית;</p>	10.4
<p>"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.</p>	10.5
<p>"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.</p>	10.6
<p>חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.</p>	10.7
<p>11 פיגורים בתשלומים</p>	
<p>לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, המבטח ייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה ויודיע על כך מיידית לבעל הפוליסה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק.</p>	11.1

<p>לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 10.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.</p>	11.2
<p>אחרי 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.</p>	11.3
12 יועץ ביטוחי רפואי	
<p>להבטחת ביצוע התחייבויות המבטח על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה יועץ ביטוחי רפואי (להלן: "היועץ") לגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי.</p>	12.1
<p>היועץ יפקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של המבטח כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יסייע למבוטחים בהכוונה לקבלת הטיפול הרפואי, סיוע בבחירת רופא מטפל בארץ או בחו"ל, סיוע בבחירת בית חולים מתאים, ו/או במימוש זכויות רפואיות עקב מקרה הביטוח או עקב מצבו הרפואי של המבוטח, מול הביטוח לאומי, מס הכנסה או רשויות אחרות ככל שיהיו.</p>	12.2
<p>המבטח יעמיד לרשות היועץ כל מסמך הקשור לביצוע התחייבויות המבטח, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, דוחות כספיים, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה מסמכים שעניינם אישור או דחיית תביעות. העתקי הדוחות יועברו, בכפוף להוראות כל דין, גם לבעל הפוליסה.</p>	12.3
<p>במקרים של מחלוקת לעניין אישור תביעה בין המבוטח למבטח, רשאי המבוטח לדרוש שהיועץ ישמש כבורר מוסכם ויחיד בעניינים רפואיים-מקצועיים עד 10,000 ₪ והחלטתו תהווה החלטה מוסכמת וסופית בין הצדדים. על אף האמור לעיל, המבוטח יהיה רשאי שלא לקבל את המלצת היועץ ולהעביר המחלוקת לערכאות משפטיות.</p>	12.4
<p>המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ גם כל מידע כספי, אקטוארי או אחר, לרבות ולא רק: נתוני התביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו ותביעות תלויות לפי פרקי הפוליסה השונים, נתוני פירוט ומספר התביעות שנדחו והסיבות לדחייתן, משך הטיפול בכל תביעה וכל מידע אחר הנחוץ לצורך הערכה ומידע לגבי התוכנית ואופן ניהולה וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה או היועץ בהקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבוטחים.</p>	12.5
<p>המידע כאמור לעיל יוגש ליועץ ו/או לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ הרפואי תוך 2 ימי עבודה ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבוטחים על ויתור סודיות רפואית.</p>	12.6

12.7	המבטח ידווח ליועץ על כל חריגה, אי בהירות בתביעות, וכן לגבי כל בעיה בכל סוג שהוא המתעוררת בהקשר לניהול מערך התביעות, התפעול והשירות של המבטח בכל הנוגע להסכם הביטוח והפוליסה.
13 סוכן ביטוח	
13.1	בעל הפוליסה שומר לעצמו את הזכות למנות סוכם ביטוח.
14 שירות (SLA)	
14.1	המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור) ללא הפסקה.
14.2	מוקד השירות יופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00 ע"י המבטח באמצעות נציגי שירות וביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד חיצוני. במידת הצורך יטופל המבוטח באופן מידי ע"י כונן מקצועי של המבטח, המקושר למחשב המבטח.
14.3	אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.
14.4	אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור להסכם הביטוח ו/או הפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.
14.5	אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה והסכם הביטוח, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.
14.6	אנשי המוקד יתעדכנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים וכמובן שינויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה - ולפי השינויים יעדכנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.
14.7	פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.
14.8	פנייה של מבוטח תיענה בפרקי הזמן כדלקמן: 80% מהשיחות ייענו בתוך 60 שניות. במקרה של עומס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.
14.9	לבקשת המבוטח יספק מוקד השירות תשובה בדוא"ל או ב SMS. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לבירור מחלוקת ולכל צורך אחר.
14.10	המבטח ימנה צוות טיפול ייעודי אשר יטפל באופן בלעדי במבוטחי פוליסה זו. למבוטחי הפוליסה גם יינתן מספר טלפון ייעודי עבורם בלבד.

<p>תביעה אשר הוגשה למבטח על ידי מבטח תטופל תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. לא אושרה התביעה תוך פרק הזמן הנקוב, יהיה רשאי היועץ או בעל הפוליסה להפנות התביעה לאיש הקשר הבכיר כהגדרתו להלן.</p>	14.11
<p>אושרה התביעה, יעביר המבטח התחייבות לתשלום לספק השירות שבהסכם על פי מועד קבלת השירות המתוכנן למבטח. במקרה בו נדרש המבטח לשלם למבטח תשלום כספי, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח תוך 14 ימי עבודה.</p>	14.12
<p>המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונוהלי המבטח ויהיה בקיא היטב בפרטי הסכם ביטוח ופוליסה אלה ("איש הקשר הבכיר"). איש הקשר הבכיר יתאם בין בעל הפוליסה או היועץ לבין המבטחים שתביעתם נדחתה או עוכבה או נמצאת במחלוקת. איש הקשר הבכיר יהיה זמין בכל שעות היממה ויתייחס לפניות המופנות אליו תוך יום עבודה לכל היותר. נעשתה פניה לאיש הקשר הבכיר ולא נענתה תוך יום עבודה יפנה בעל הפוליסה או היועץ לאיש הקשר הבכיר פעם נוספת. לא נענתה גם הפניה השנייה יהיה רשאי היועץ לאשר התביעה על פי שיקול דעתו המקצועי.</p>	14.13
<p>במידה והמבטח דחה תביעה, עותק מכל הודעת דחיה יועבר גם ליועץ.</p>	14.14
15 וועדת ערר	
<p>מבטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.</p>	15.1
<p>המבטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.</p>	15.2
<p>החלטת הוועדה תחייב את המבטח.</p>	15.3
<p>הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.</p>	15.4
<p>למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.</p>	15.5

מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

16.1

16.1.1. **חלופה א'**: לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שוהה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

16.1.2. **חלופה ב'**: להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו משולמים על ידו אם היה שוהה בארץ. בזמן שהותו של המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

17 אחריות המבטח

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח. המבטח ישפה את בעל הפוליסה ו/או היועץ בגין כל תשלום ו/או הוצאה בקשר עם כל תביעה או דרישה שתופנה, אם תופנה, על ידי צד ג' כל שהוא, הנובעת מהשירותים ו/או הכיסויים המפורטים בפוליסה. יובהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטחים.

18 כללי

18.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - יעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או ויתור, אשר יעשה בהסכם ביטוח זה, אלא אם כן נעשה במסמך אשר נחתם על-ידי שני הצדדים.

18.1

18.2 הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים ולא תהא כל נפקות לכלל משא ומתן, הבנה, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו, ככל שהיו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל-פה, בין הצדדים עובר לחתימה על הסכם זה.

18.2

18.3 המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק או לעניין יישומו של הסכם זה. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבטחת מתחייבת לשמור על סודיות מוחלטת בכל הקשור לכל נתוני המבוטחים המועברים אליה מכוח ובקשר להסכם זה ולא להעבירם לכל גורם אחר וכן לקיים לגביהם את כל הוראות הדין לרבות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, התקנות שחוקקו מכוחו והנחיות שפורסמו על ידי הרשות למשפט טכנולוגיה ומידע.

18.3

מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.	18.4
כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל.	18.5
כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.	18.6
על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר.	18.7

19 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.

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

1.1 החברה או המבטח	הפניקס חברה לביטוח בע"מ
1.2 הפוליסה	חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
1.3 תאריך תחילת הביטוח	01.05.2016
1.4 תאריך הצטרפות	התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
1.5 הסכם הביטוח	חוזה הביטוח מיום 1 במאי 2016 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו לעריכת פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי.
1.6 שנת ביטוח	תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
1.7 בית חולים	מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
1.8 בית חולים ציבורי	בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
1.9 בית חולים פרטי	בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי המופעל כבית חולים פרטי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר.
1.10 בית חולים שבהסכם	בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
1.11 מעבדה	מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
1.12 ישראל	מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
1.13 חו"ל	כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
1.14 רופא מומחה	רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
1.15 מנתח הסכם	רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל.

1.16	מנתח אחר	רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
1.17	רופא מרדים	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
1.18	רופא מרדים בהסכם	רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדימים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
1.19	רופא מרדים אחר	רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
1.20	אשפוז	שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
1.21	נותן שירות בהסכם	מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
1.22	אח/ות	אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
1.23	שתל	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל). למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
1.24	ניתוח	פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) הוחדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך

<p>אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת שור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".</p>	
<p>טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו:</p> <p>א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי</p> <p>ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול,</p> <p>ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל.</p>	<p>1.25 תחליף ניתוח</p>
<p>רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.</p>	<p>1.26 רופא</p>
<p>טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.</p>	<p>1.27 פיזיותרפיה</p>
<p>מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.</p>	<p>1.28 מקרה הביטוח</p>
<p>טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי;</p>	<p>1.29 טיפול ניסיוני</p>
<p>בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.</p>	<p>1.30 בדיקה פתולוגית</p>

1.31	יום אשפוז	שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
1.32	יועץ מלווה	היועץ המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י ההסכם.
1.33	המוטב	הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
1.34	המבוטח/ים	עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין) וילדיהם, לרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, לרבות ידועה/בציבור, בני/בנות זוגם של ילדי העובד/חבר וילדיהם (נכדים), גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם, ילדיהם ונכדיהם, לרבות ידועה/בציבור ושאיירים של גמלאי שנפטר וילדיהם.
1.35	שב"ן	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
1.36	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
1.37	חוק הבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
1.38	תקנות ביטוח בריאות קבוצתי	תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009.
1.39	קופת חולים	תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
1.40	וועדת הלסינקי	ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
1.41	תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
1.42	תקופת המתנה	תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

1.43	בעל הפוליסה	מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.
1.44	גיל הפרישה המוקדמת	כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
1.45	גמלאי	מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשלום קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
1.46	דמי הביטוח או הפרמיה	הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.
1.47	סכום ביטוח	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
1.48	המדד	מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
1.49	דף פרטי הביטוח	דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
1.50	השתתפות עצמית	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
1.51	סייג בשל מצב רפואי קודם	חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
1.52	צירוף אוטומטי	יהיה במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
1.53	צירוף בהסכמה	צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).

<p>חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".</p>	<p>1.54 תאונה</p>
<p>ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדורשים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי, מאמץ גופני ורגשי. ספורט אתגרי יכול כלל בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה.</p>	<p>1.55 ספורט אתגרי</p>
<p>2 אופן הצטרפות</p>	
<p>מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה.</p> <p>2.1.1 מועד תחילת הביטוח מבחינתם יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם אם היה כזה או מועד תחילת הביטוח הנוכחי אם לא היה למבוטחים באמצעות בעל הפוליסה ביטוח קודם. עובדים ו/או חברים ו/או בני משפחה שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, הצהרת הבריאות לרבות החרגות יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותם להסכם הביטוח.</p>	<p>2.1</p>
<p>עובד חדש אצל בעל הפוליסה או עובד שחזר מחל"ת ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 90 יום מהמועד בו הפך עובד לזכאי להסדר זה על פי החלטת בעל הפוליסה. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל. עובד קיים או בן משפחה של עובד קיים שבחר שלא להצטרף לביטוח הקודם, יוכל להצטרף בכפוף להצהרת בריאות.</p>	<p>2.2</p>
<p>בני משפחה הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף לעיל ואשר לא היו מבוטחים בביטוח הקודם יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או תוך 90 יום מהמועד בו הפך העובד לזכאי להסדר זה על פי החלטת בעל הפוליסה.</p>	<p>2.3</p>

<p>עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל.</p>	<p>2.4</p>
<p>תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם).</p>	<p>2.5</p>
<p>עובדים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים/חברים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לביטוח עפ"י הסכם זה, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.</p>	<p>2.6</p>
<p>הזכאים להיות מבוטחים ע"פ הגדרת מבוטח בסעיף לעיל יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף 2, וזאת בתנאי ששם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי בני משפחה של עובד יהיו רשאים להצטרף לביטוח גם אם העובד לא מבוטח.</p>	<p>2.7</p>
<p>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 על ידי בעל הפוליסה תצהירים בכתב, המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה בתום לב.</p>	<p>2.8</p>
<p>במידה והמבוטח נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי / הוראת קבע אישית למבטח.</p>	<p>2.9</p>
<p>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 גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.</p>	<p>2.10</p>
<p>הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יאה 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 מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.</p>	<p>2.11</p>
<p>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 המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.</p>	<p>2.12</p>

<p>על אף כל האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן החרגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.</p>	<p>2.13</p>
<p>מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ד' לפוליסה, את הכיסוי עפ"י פרק ה' וישלם את דמי הביטוח הנקובים להלן.</p>	<p>2.14</p>
<p>מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבטח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבטח לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבוטח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבוטח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.</p>	<p>2.15</p>
<p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p>	<p>2.16</p>
<p>צירוף מבוטח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתית: (א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית 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 תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים</p>	<p>2.17</p>

<p>שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרק כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.</p> <p>(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:</p> <p>(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;</p> <p>(2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.</p> <p>(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:</p> <p>(א) ניתוחים (ב) תרופות (ג) השתלות (ד) מחלות קשות (ה) שיניים (ו) תאונות אישיות</p>	
3 תקופת הסכם הביטוח	
<p>תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 1 במאי 2016 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 30 באפריל 2021 (להלן: "תקופת ההסכם").</p>	3.1
<p>בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח.</p>	3.2
<p>על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.</p>	3.3
<p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p>	3.4

תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאחר מהסעיפים הבאים:

- (א) עובד/ת - היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.
- (ב) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ג) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.
- (ד) בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).

תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים, במידה ולא המשיך להיות מבוטח כגמלאי של בעל הפוליסה ולמעט במקרה המצוין בסיפא של סעיף 5.5 לעיל.
- (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.
- (ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.
- (ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד, וכל עוד העובד מבוטח בהסכם (ויובהר כי עובד לא חייב להיות מבוטח כדי שבני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים) - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (כהגדרתו בנספח 2), ישלח המבטח הודעה לעובד לגביי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של ילד בוגר כהגדרתו בנספח 2. במידה ובחר העובד שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר - יוכל העובד ו/או הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.

מבוטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

- 5.1.1 **חלופה א':** לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שוהה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.
- 5.1.2 **חלופה ב':** להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו

<p>משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. בזמן שהותו של המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.</p>	
<p>6 המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)</p>	
<p>במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטחת ולתקופת הנחה כפי שמפורט בנספח 2.</p>	<p>6.1</p>
<p>כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.</p>	<p>6.2</p>
<p>על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.</p>	<p>6.3</p>
<p>המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.</p>	<p>6.4</p>
<p>במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.</p>	<p>6.5</p>
<p>היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.</p>	<p>6.6</p>
<p>להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p>	<p>6.7</p>
<p>על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.</p>	<p>6.8</p>

דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם ** הינם כמפורט להלן:

7.1

חבילת כיסוי מעבר לשב"ן	חבילת כיסוי משקל ראשון	
₪ 89.3	₪ 94	מבוטח
₪ 89.3	₪ 94	בן/ בת זוג/ ילד בוגר
₪ 27.5	₪ 29	ילד*

חבילת כיסוי מעבר לשב"ן	חבילת כיסוי משקל ראשון	גמלאים מבוטחים
₪ 27.5	₪ 29	0-25
₪ 89.3	₪ 94	26-45
₪ 214	₪ 225	46+

*ילד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך - חינוך. כל נכד משלם
**אופן התשלום: עובד ובני משפחתו - בניכוי מהשכר

גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: "הגיל הקובע"). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 10 ו 30 חודשים יחשב כגיל

7.2

בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים/חברים ובני משפחתם ולמעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי.

7.3

מבוטחים בפוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה הם נמצאים בחופשת לידה או בחל"ת בתנאי ששמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או משולמת פרמיה באמצעות גבייה אישית.

7.4

דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.5

דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

7.6

קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי: מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי

7.7

<p>הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -</p> <p>7.7.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;</p> <p>7.7.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;</p> <p>7.7.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;</p> <p>7.7.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;</p> <p>7.7.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.</p>	
<p>האמור לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:</p> <p>7.8.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.</p> <p>7.8.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").</p> <p>7.8.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שנייים, (ו) תאונות אישיות.</p>	7.8
<p>7.9.1. בתום 30 חודשים מיום תחילת ההסכם 1 במאי 2016 יהא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי: המוסכם בין הצדדים.</p>	7.9 התאמת דמי הביטוח

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.	8.1
כי הינו תאגיד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם או מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים או הגמלאים אינם מבוטחים וכן בני משפחה של עובדים שנפטרו שמבטח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" – לרבות מבטח.	8.2
כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאיו ובני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידועים בציבור ובני זוג מאותו המין.	8.3
9 תגמולי ביטוח	
המבטח י'הא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.	9.1
במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.	9.2
במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.	9.3
תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.	9.4
תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.	9.5

<p>נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.</p>	<p>9.6</p>
<p>10 תחלוף (סברוגציה)</p>	
<p>מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, 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.</p>	<p>10.1</p>
<p>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.</p>	<p>10.2</p>
<p>המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.</p>	<p>10.3</p>
<p>11 ביטוח כפל</p>	
<p>המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אך אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.</p>	<p>11.1</p>
<p>בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח</p>	<p>11.2</p>

<p>בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח בחו"ל, בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטח ויקבל את התייחסות המבטח לתביעה בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבוטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבוטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.</p>	12.1
<p>אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות פוליסה זו בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבוטח, ולא יותר מ 45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.</p>	12.2
<p>המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.</p>	12.3
<p>המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.</p>	12.4
<p>העתק קבלות מקוריות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויצ"ן את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגביי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.</p>	12.5
<p>אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.</p>	12.6
<p>בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות או העתק קבלות בצירוף הסבר למי נשלחו מהמסמכים המקוריים ופירוט הסיבה למה לא יכול המבוטח להמציאם למבטח.</p>	12.7

- בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 12.8.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 12.8.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 12.8.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 12.8.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

13 חריגים כלליים

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

- 13.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ותקופת אכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 13.1.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 13.1.3. פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.
- 13.1.4. שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 13.1.5. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 13.1.6. מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 13.1.7. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 13.1.8. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות

מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויית, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חירך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

13.1.9. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.

13.1.10. סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: 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 הקובע, חריג זה יאה מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

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 יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

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 המבוטח.

על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה), יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים חופפים.

<p>(א) מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;</p> <p>(ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-</p> <p>(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;</p> <p>(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;</p> <p>את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.</p>	<p>14.1</p>
<p>חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.</p>	<p>14.2</p>
<p>נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.</p>	<p>14.3</p>
<p>חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המבטחת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.</p> <p>14.4.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח</p>	<p>14.4</p>

האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמרו, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

14.4.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

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

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

15 ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לם העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט

<p>סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.</p>	
<p>על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח</p>	<p>ג</p>
<p>16 תנאי הצמדה למדד</p>	
<p>כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:</p> <p>16.1.1. "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.</p> <p>16.1.2. "המדד היסודי" - המדד שהיה ידוע במועד תחילת הביטוח.</p> <p>16.1.3. "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.</p>	<p>16.1</p>
<p>כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.</p>	<p>16.2</p>
<p>כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.</p>	<p>16.3</p>

פרק א' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל

1 הגדרות	
1.1	המרכז הלאומי להשתלות
יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.	
1.2	טיפול מיוחד בחו"ל
ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.	
1.1.2.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל .	
1.1.2.2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל .	
1.1.2.3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.	
1.1.2.4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.	
1.1.2.5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.	
1.1.2.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.	
1.1.2.7. הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.	
1.3	השתלה
השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.	
ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:	
1.1.3.1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.	
1.1.3.2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.	
ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".	
2 מקרה הביטוח	
2.1	
צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בארץ או בחו"ל.	

<p>צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.</p>	<p>2.2</p>
<p>3 התחייבות המבטח</p>	
<p>בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:</p>	
<p>לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא. במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח- נספח 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.</p>	<p>3.1</p>
<p>לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי כמפורט בנספח 1.</p>	<p>3.2</p>
<p>השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:</p> <p>3.3.1. תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל.</p> <p>3.3.2. הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>3.3.3. שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;</p> <p>3.3.4. בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;</p> <p>3.3.5. שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;</p> <p>3.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.</p> <p>3.3.7. הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 360 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.</p>	<p>3.3</p>

<p>3.3.8. תשלום עבור הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל.</p> <p>3.3.9. הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.</p>	
<p>הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:</p> <p>3.4.1. הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.</p> <p>3.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 1.</p> <p>3.4.3. כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.</p> <p>3.4.4. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.</p> <p>3.4.5. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וצידוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;</p> <p>3.4.6. הוצאות לשהייה בחו"ל לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.</p> <p>3.4.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.</p> <p>3.4.8. הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.</p> <p>3.4.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.</p>	<p>3.4</p>

<p>3.4.10. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, כמפורט בנספח 1.</p>	
<p>כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.10-3.4.1 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ).</p>	<p>3.5</p>
<p>3.6.1. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1 למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הרלוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.</p>	<p>3.6 תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה</p>
<p>3.7.1. עבר המבוטח השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל את הפיצוי המגיע לו ובלבד שחתם על תצהיר כי עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוזר ביטוח 2009-1-1 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה, יקבל המבוטח פיצוי חד פעמי בגובה הנקוב בנספח 1. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.</p> <p>למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן.</p>	<p>3.7 תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה</p>
<p>3.8.1. עבר המבוטח השתלה המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1. עבר המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל וקופ"ח השתתפה בהוצאות הטיפול, ישלם המבטח למבוטח פיצוי חודשי כנקוב בנספח 1.</p>	<p>3.8 גמלת החלמה לאחר השתלה</p>

<p>3.8.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבוטח במימון ההשתלה.</p>	
<p>3.9.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבוטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה של המבוטח בחו"ל כדלקמן:</p> <p>3.9.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.</p> <p>3.9.3. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;</p> <p>3.9.4. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.</p>	<p>3.9 טיפול ניסיוני בחו"ל</p>
<p>4 תקופת אכשרה</p> <p>תקופת אכשרה: 90 יום.</p>	

1 הגדרות	<p>1.1 תרופה</p> <p>חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.</p> <p>ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".</p>
1.2 רשימת התרופות המאושרות	<p>רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.</p>
1.3 טיפול תרופתי	<p>נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.</p>
1.4 סל שירותי הבריאות	<p>מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.</p>
1.5 מרשם	<p>מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם יועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.</p>
1.6 בית מרקחת	<p>מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.</p>
1.7 מחיר מרבי מאושר	<p>הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.</p>
1.8 השתתפות עצמית למרשם	<p>חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.</p>
1.9 רופא בית חולים	<p>רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').</p>
1.10 מדינות המוכרות	<p>ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).</p>
<p>הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".</p>	

<p>אחד מהבאים: (1) פרסומי ה- FDA (2) American Hospital Formulary Service Drug Information (3) US Pharmacopoeia-Drug Information (4) Drugdex (Micromedex), (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</p>	<p>1.11 פרסום רשמי</p>
<p>מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתווייה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.</p> <p>ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח -12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".</p>	<p>2 מקרה הביטוח</p> <p>2.1</p>
<p>מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול בסרטן ויכוסה על סכום ביטוח של מאה חמישים אלף ₪.</p>	<p>2.2</p>
<p>תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") תהווה אף היא תרופה המכוסה על פי תנאי פוליסה זו.</p>	<p>2.3</p>
<p>3 חבות החברה ותגמולי הביטוח</p>	
<p>המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המיניון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 1 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמיניון בכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.</p>	<p>3.1</p>

3.1.1	במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 1.
3.1.2	על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש.
3.2	במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן וישלם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
3.3	המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
3.4	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 באנגליה.
3.5	סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים.
3.6	המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.
4	
בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא י'א חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:	
4.1	תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.
4.2	תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
4.3	תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.
4.4	תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
4.5	טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון
4.6	טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת B (Hepatitis B)

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

5 הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

6 תקופת אכשרה

תקופת אכשרה 90 יום.

7

ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 – 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

1 הכיסוי הביטוחי	
1.1 מקרה הביטוח	ניתוח ו/או תחליף ניתוח, אשר עבר המבוטח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
1.2	אושר הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותאום הניתוח נעשה ישירות על יד המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיודע למבוטח על הצורך בנייתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מידי ומסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בנייתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא אישור מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה כמפורט בנספח 1.
1.3 הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח	בקרנות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנוותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בנייתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, יעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי המפורט בנספח 1.
1.4 הוצאות נלוות	<p>בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:</p> <p>1.4.1. כיסוי להוצאות הטסה רפואית: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.</p> <p>1.4.2. כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל: במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.</p> <p>1.4.3. כיסוי להוצאות הטסת גופה: המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.</p>

<p>1.4.4. כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל: מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח כמפורט בנספח 1.</p> <p>1.4.5. כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח : בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבוטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות השהייה שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.</p>	
---	--

2 חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, לא יהיה המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח במקרים הבאים:

<p>ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.</p>	<p>2.1</p>
<p>טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם טיפולי כימותרפיה, רדיותרפיה או דיאליזה.</p>	<p>2.2</p>
<p>טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה מכל סוג וטיפולים פארא רפואיים, כגון פיזיותרפיה, הידרותרפיה או רפוי בעיסוק.</p>	<p>2.3</p>
<p>הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.</p>	<p>2.4</p>

3 תקופת אכשרה

תקופת אכשרה: 90 יום.

--	--

פרק ד' - כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - כיסוי מ"השקל הראשון"

1 הגדרות לפרק זה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

<p>1.1 התייעצות</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;</p>	
<p>1.2 טיפול מחליף ניתוח</p> <p>טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;</p>	
<p>1.3 ניתוח</p> <p>פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;</p>	
<p>1.4 שתל</p> <p>כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;</p>	
<p>1.5 מרפאה כירורגית פרטית</p> <p>מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.</p>	
<p>1.6 בית חולים פרטי</p> <p>אחד מאלה: (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>	
<p>1.7 קופת חולים</p> <p>כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.</p>	
<p>1.8 רופא מומחה</p> <p>רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.</p>	
<p>1.9 תקופת אכשרה</p> <p>תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.</p>	

2 מקרה הביטוח

ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
למבטחים אשר גילם בעת קרות מקרה הביטוח מעל 67 שנה, הכיסוי יהיה על פי פרק ה' שלהלן – "ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן".

3 הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבטח למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1	שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
3.2	שכר מנתח;
3.3	ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים (עד הסכום המפורט בנספח 1), תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
3.4	טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבטח לטיפול נוסף.

4 תגמולי הביטוח

תגמולי הביטוח המרבים בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 לעיל הינם כדלקמן:

4.1	התייעצות המבוצעת על ידי נותן שירות בהסכם - המבטח יכסה את מלא ההוצאות.
4.2	התייעצות המבוצעת על ידי נותן שירות שאינו בהסכם - המבטח יכסה את הגבוה מבין הסכום המפורט בנספח 1 לסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו: www.fnx.co.il .
4.3	הליך המבוצע על ידי נותן שירות בהסכם - המבטח יכסה את מלא ההוצאות.
4.4	הליך המבוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם - המבטח תגמולי ביטוח כפי המפורסם באתר האינטרנט של המבטח. יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

סעיף החריגים הכללים אשר פרק התנאים הכלליים לא יחול על פרק זה ובמקומם יחולו אך ורק החריגים המצוינים להלן:

<p>מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת אכשרה.</p>	<p>5.1</p>
<p>ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;</p>	<p>5.2</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;</p>	<p>5.3</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד; (ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;</p>	<p>5.4</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;</p>	<p>5.5</p>
<p>השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;</p>	<p>5.6</p>
<p>מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;</p>	<p>5.7</p>
<p>מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;</p>	<p>5.8</p>
<p>מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.</p>	<p>5.9</p>

6 תקופת אכשרה

90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

פרק ה' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי בפרק ד')

1 הגדרות לפרק זה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

<p>אחד מאלה: (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>	<p>1.1 בית חולים פרטי</p>
<p>כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;</p>	<p>1.2 שתל</p>
<p>מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;</p>	<p>1.3 מרפאה כירורגית פרטית</p>
<p>כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.</p>	<p>1.4 תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")</p>
<p>תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.</p>	<p>1.5 תכנית השב"ן</p>
<p>תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.</p>	<p>1.6 תקופת אכשרה</p>
<p>תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.</p>	<p>1.7 תקופת אכשרה / המתנה בשב"ן</p>

2 מקרה הביטוח

ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

למבוטחים אשר גילם בעת קרות מקרה הביטוח מעל 67 שנה, הכיסוי יהיה על פי פרק ה' שלהלן - "ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן".

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

<p>3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שהתייעצות נערכה לגביו;</p>	3.1
<p>3.2 שכר מנתח;</p>	3.2
<p>3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים (עד הסכום המפורט בנספח 1), תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;</p>	3.3
<p>3.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.</p>	3.4

4 תגמולי הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

<p>4.1 מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.</p>	4.1
<p>4.2 הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 להלן וההוצאות שהמבוטח קיבל בגין החזרים מהשב"ן. יובהר שלצורך חישוב ההפרש האמור, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנת שב"ן.</p>	4.2
<p>4.3 במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.</p>	4.3
<p>4.4 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ד', סעיף 4. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.</p>	4.4

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"). יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי המורחב לניתוחים הנהוג בחברה במועד תחילת ביטוח זה. עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6 חריגים מיוחדים לפרק זה

סעיף החריגים הכללים אשר פרק התנאים הכלליים לא יחול על פרק זה ובמקומם יחולו אך ורק החריגים המצוינים להלן:

<p>מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת אכשרה.</p>	<p>6.1</p>
<p>ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;</p>	<p>6.2</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;</p>	<p>6.3</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה: (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד; (ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;</p>	<p>6.4</p>
<p>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;</p>	<p>6.5</p>
<p>השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;</p>	<p>6.6</p>
<p>מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;</p>	<p>6.7</p>
<p>מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;</p>	<p>6.8</p>

מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6.9

7 תקופת אכשרה

90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

1 הגדרות	<p>1.1 בדיקות רפואיות אבחנתיות</p> <p>בדיקות מעבדה (מדם, שתן, מח עצם, נוזל שדרה וכל רקמה ביולוגית אחרת) לרבות בדיקת פיברוסטאט, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (P.E.T.) בדיקות אנדוסקופיות באמצעות מצלמה וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעת מחלתו של המבוטח, למעקב או לקביעת דרכי הטיפול בו.</p>
1.2 ניתוח גדול	<p>ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.</p>
1.3 בדיקות ושירותים להריון	<p>1.3.1 בדיקת חלבון עוברי. 1.3.2 בדיקת שקיפות עורפית. 1.3.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר. 1.3.4 סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר. 1.3.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ"פ גנטי. 1.3.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה. 1.3.7 בדיקת אקו לב של העובר.</p>
1.4 בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון	<p>סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.</p>
1.5 מוסד החלמה	<p>מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי.</p>
2 מקרה הביטוח	
<p>ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר ינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.</p>	
3 שירותי הייעוץ הרפואי והבדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח	
3.1	<p>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח: המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות ולא רק גנטיקאי, פרמקולוג, פסיכיאטר בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות עד תקרה כמפורט בנספח 1 ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו וויתר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם.</p>

<p>המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על - פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד הסכום הנקוב בנספח 1.</p>	<p>3.2 כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל</p>
<p>המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.</p>	<p>3.3 בדיקות רפואיות אבחנתיות</p>
<p>המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסנדלוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/ הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על-פי האמור בנספח 1, לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p>3.4 כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית</p>
<p>המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדילוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה כמפורט בנספח 1.</p>	<p>3.5 חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה</p>
<p>המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד הסכום הנקוב בנספח 1 ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד מומחה.</p>	<p>3.6 טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים</p>
<p>בדיקות ושירותים אונקולוגיים:</p>	
<p>המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על-פי האמור בנספח 1. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.</p>	<p>3.7 טיפולים אונקולוגיים</p>

<p>בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או מינון, סוג התרופה וכדומה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.</p>	<p>שירותי רפואה גנטיים: 3.8 בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות</p>
<p>המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חיי, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בנייתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד הסכום הנקוב בנספח 1 לחודש ועד 24 חודשים.</p>	<p>שירותי רפואה קרדילוגיים: 3.9 מנוי לשירותי משדר קרדילוגי</p>
<p>המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 1 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.</p>	<p>שירותי רפואה כלליים: 3.10 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה</p>
<p>או טיפול ב- amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 1 בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים.</p>	<p>3.11 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי</p>
<p>המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מהנקוב בנספח 1. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצינית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.</p>	<p>3.12 אביזר/ים רפואי</p>
<p>המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. בכפוף להפניית רופא מומחה. עד 10 טיפולים בשנה ועד סכום ביטוח בנספח 1</p>	<p>3.13 חדר מלח</p>

<p>המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכור למפרקים לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד סכום מרבי כמפורט בנספח 1.</p>	<p>3.14 הזרקת חומרי סיכור למפרקים</p>
<p>המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות</p>	<p>3.15 טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות</p>
<p>הריון ולידה:</p>	
<p>המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההיריון או לאחריו, עד לסכום המפורט בנספח 1.</p>	<p>3.16 בדיקות ושירותים להריון</p>
<p>4 תקופת אכשרה</p>	
<p>90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 270 יום</p>	

בכפוף לתשלום הפרמיה כסדרה המבוטח יהיה זכאי לקבלת השירותים על פי כתבי השרות המצוינים להלן ועל פי התנאים שנקבעו בין המבטח לספק השירות שזהותו תקבע על ידי המבטח.

1. מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

<p>המנוי יהא זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן</p> <p>1.1.1.1. שירותי מידע ברפואת ילדים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.</p> <p>1.1.1.2. שירותי מידע ברפואת משפחה - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.</p> <p>1.1.1.3. שירותי מידע ברפואת נשים - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות במהלך ההריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.</p> <p>1.1.1.4. שירות מידע ברפואה גריאטרית - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.</p> <p>1.1.1.5. שירות פסיכולוגי - "קו חם" - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, על ידי פסיכולוג, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על פי כל דין במדינת ישראל.</p> <p>1.1.1.6. שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על-ידי דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השירות האמור על-פי כל דין במדינת ישראל.</p>	<p>1.1 השירות</p>
<p>1.1.2.1. מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.</p> <p>1.1.2.2. מובהר, כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.</p>	<p>1.2 היקף שירותי המידע</p>

<p>1.2.3. מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי המידע על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.</p> <p>1.2.4. שירותי המידע יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ - 30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.</p> <p>1.2.5. שירותי המידע יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי.</p>	
<p>1.3.1. נזקק המנוי לשירותי המידע כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון שפורסם ע"י המבטחת, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות של המנוי.</p> <p>1.3.2. מוקד השירות יקשר את המנוי לנותן השירות הרלוונטי לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי המידע על פי כתב שירות זה.</p> <p>1.3.3. מחויבותה של ספק השירות כלפי המנוי בטיפול בפנייה של מנוי לקבלת שירותי המידע תסתיים במקרה של ביטול הפנייה לקבלת איזה מהשירותים לעילי ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.</p> <p>1.3.4. ספק השירות אינו אחראי לגבי כל אחד מהעניינים הבאים: איכות שירותי המידע נשוא כתב שירות זה, רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה, הוצאות שהוציא המנוי עבור טיפול החורג משירותי המידע המפורטים בכתב שירות זה.</p> <p>1.3.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל מובהר, כי נותן שירותי המידע, שייתן בפועל את שירותי המידע, והוא בלבד, יהיה אחראי לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי המידע, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי ספק השירות ו/או חברת הביטוח אינן המעסיקות של נותני שירותי המידע והן לא תהיינה אחראיות כלפי מנוי כלשהו בכל מקרה ובכל עניין.</p>	<p>1.3 כללי</p>
<p>2. שירות ביקור רופא לילי</p>	
<p>1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן ע"י אחד מרופאי ההסכם (להלן - "שירות ביקור רופא לילי"). שירות ביקור רופא לילי יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, או שהמנוי הנזקק לשירות יפנה לקבלת שירות ביקור רופא לילי באחד ממוקדי שירות ביקור רופא לילי המופעלים על ידי ספק השירות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו (להלן - "המוקד הרפואי"), וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכל לפי בחירת המנוי (ובכפוף לשעות הפעילות של המוקדים הרפואיים כאמור להלן).</p>	<p>1 השירות</p> <p>1.1</p>

<p>המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי כמפורט להלן: מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי, בדיקה גופנית של המנוי לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ-דם, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קביעת אבחנה רפואית, בדיקת א.ק.ג. באמצעות קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל במנוי באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, הפניית המנוי לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם, מתן תעודה רפואית.</p>	<p>1.2</p>
<p>פינוי חנים באמבולנס - במקרה שרופא ההסכם שבדק את המנוי בעקבות קריאתו לקבלת השירות, יחליט על פינויו באמבולנס, ישלם ספק השירות למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל במקור בלבד, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מוטב.</p>	<p>1.3</p>
<p>2 כללי</p>	
<p>שירות ביקור רופא לילי על פי כתב שירות זה יינתן כל ימות השנה מהשעה 20:00 עד 07:00 למחרת. בימי ו' וערבי חג שירות ביקור רופא לילי יינתן ברציפות מהשעה 20:00 ביום ו'/ערב החג ועד השעה 07:00 ביום א'/היום שלמחרת החג. כל קריאה לקבלת השירות צריכה להיות מופנית למוקד השירות לא לפני השעה 20:00 ולא יאוחר מהשעה 06:00.</p>	<p>2.1</p>
<p>המוקדים הרפואיים יופעלו בין השעות 20:00 עד 24:00 ובשבתות וחגים גם בין השעות 10:00 עד 14:00.</p>	<p>2.2</p>
<p>שירות ביקור רופא לילי לא יינתן בערב יום כיפור וביום כיפור עד שעתיים לאחר תום הצום.</p>	<p>2.3</p>
<p>נזקק המנוי לשירות רפואי לילי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, מקום הימצאו, שם המנוי ומס' הטלפון של בית המגורים של המנוי (המהווה את מספר המנוי של המשפחה המנויה אצל ספק השירות).</p>	<p>2.4</p>
<p>שירות ביקור רופא לילי יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.</p>	<p>2.5</p>
<p>שירות ביקור רופא לילי ניתן בכל מקום ישוב בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל. במקרה שספק השירות לא יוכל לספק שירות זה באזור שקיבל פנייה לגביו, יקבל המנוי, לאחר פנייתו למוקד השירות וקבלת אישור בהתאם, אחד מאלה: אם יפנה לקבלת שירות רפואי אצל גורם רפואי אחר, החזר -עד לסך של 250 ₪ לפנייה בניכוי דמי השתתפות עצמית כנקוב בכתב השירות. זאת לאחר הצגת</p>	<p>2.6</p>

<p>קבלה מקורית או בהעדר קבלה מקורית, כנגד העתק בצירוף הסבר למי נשלחה הקבלה המקורית ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם המנוי בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. לחילופין, המנוי יהיה רשאי לקבל ייעוץ רפואי טלפוני, על ידי רופא מטעם ספק השירות.</p>	
<p>עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא ההסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה או נתן את שירות ביקור רופא לילי במוקד הרפואי.</p>	2.7
<p>בחר המנוי לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבון.</p>	2.8
<p>שירות ביקור רופא לילי, יינתן כנגד תשלום דמי השתתפות עצמית בסך של 25 (כולל מע"מ) ₪ בגין כל מנוי שניתן לו שירות ביקור רופא לילי במסגרת אותו ביקור (בין אם ביקור בית או ביקור במוקד הרפואי). המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם, שביצע את שירות ביקור רופא לילי את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל.</p>	2.9
<p>כמו כן המנוי ישלם ישירות לרופא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.</p>	2.10

3. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

1 השירות	
<p>המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל (להלן - "פגישות ייעוץ אישיות").</p>	1.1
<p>מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום או כל התערבות מוסדית אחרת.</p>	1.2
<p>הטיפול ניתן עקב התופעות או האירועים הבאים: אנורקסיה או בולימיה, התמכרות לסמים, פטירה של בן משפחה מדרגה ראשונה, מחלה או מצב רפואי קשה, מקרה סיעודי של קרוב משפחה, א.כ.ע, נכות, תקיפה מינית, גירושין אלימות במשפחה, אירוע תאונתי ו/או טראומתי, תופעות חרדה או דיכאון קליני.</p>	1.3
2 כללי	
<p>נזקק המנוי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי כאמור בכתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מספר הטלפון בו ניתן להשיגו ומס' תעודת הזהות שלו.</p>	2.1
<p>מוקד השרות יפנה את המנוי למטפל לאחר שיוודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מנוי כהגדרתו לעיל, הזכאי לקבל את שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה.</p>	2.2

<p>פגישות הייעוץ האישיות תערכנה עם אחד המטפלים אשר ספק השירות התקשרה עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ (להלן - "המטפל") ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפונית ובין במועד מאוחר יותר.</p>	<p>2.3</p>
<p>על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישית הראשונה והפגישות שתבאנה אחריה.</p>	<p>2.4</p>
<p>פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל. פגישת הייעוץ האישית הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל. במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.</p>	<p>2.5</p>
<p>פגישות הייעוץ האישיות, ינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.</p>	<p>2.6</p>
<p>פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשרות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.</p>	<p>2.7</p>
<p>עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישית.</p>	<p>2.8</p>
<p>המנוי יודיע למוקד השרות על כל שינוי בכתובתו ובמספר הטלפון של ביתו.</p>	<p>2.9</p>
<p>במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.</p>	<p>2.10</p>
<p>ייעוץ וסיוע פסיכולוגי ינתן כנגד תשלום השתתפות עצמית בסך של 80 ₪ לפגישה הראשונה ובתשלום וסך של 100 ₪ לכל אחת מ- 11 הפגישות הנוספות. המנוי ישלם ישירות למטפל, את דמי ההשתתפות העצמית האמורים לעיל. התשלום כולל מע"מ.</p>	<p>2.11</p>
<p>3 הגבלות וחריגים</p>	
<p>המנוי יהיה זכאי לכל היותר ל - 12 פגישות ייעוץ לכל שנת ביטוח.</p>	<p>3.1</p>
<p>למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשרותי חירום ציבוריים.</p>	<p>3.2</p>

<p>השרות על פי כתב שרות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.</p>	<p>3.3</p>
<p>שרותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכוסטיים כרוניים, הפרעות נוירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.</p>	<p>3.4</p>
<p>למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה ספק השירות תעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשרה בהסכם, ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.</p>	<p>3.5</p>
<p>למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המבוטח למטפל אחר במערך של ספק השירות.</p>	<p>3.6</p>
<p>השרות לא ינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.</p>	<p>3.7</p>
<p>השרות על פי כתב שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.</p>	<p>3.8</p>

4. שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

1 השירות

<p>המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן – "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1.1. עששת נרחבת - סתימה זמנית. 1.1.2. חלל פתוח בשן - סתימה זמנית. 1.1.3. צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות. 1.1.4. דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה. 1.1.5. מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר. 1.1.6. דחיסת מזון - טיפול בחניכיים. 1.1.7. דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי. 1.1.8. דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי. 1.1.9. כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים. 	<p>1.1</p>
---	------------

<p>1.1.10. מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.</p> <p>1.1.11. דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.</p> <p>1.1.12. פצעי לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצעי לחץ.</p> <p>1.1.13. נפילת כתרים - הדבקה זמנית.</p> <p>1.1.14. כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים, להקלה או להפסקת הכאב.</p> <p>1.1.15. בדיקה וצילום השיניים הכואבות.</p> <p>1.1.16. מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב כאשר ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.</p>	
	<p>2 כללי</p> <p>2.1</p>
<p>כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.</p> <p>שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום, בכפוף לאמור להלן: בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל- אביב, חיפה ובאר שבע. נזקק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצויין לעיל, וימסור את הפרטים המצויינים בסעיף 4.2.2 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.</p>	<p>2.2</p>
<p>שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זיהוי.</p>	<p>2.3</p>

נספח 1 רשימת גבולות אחריות המבטח

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	3.1	השתלות בארץ או בחו"ל	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא. לא בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ₪ בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן. עד 1,000,000 ₪
	3.2	טיפול מיוחד בחו"ל	במסגרת ההסכם - שיפוי מלא לא בהסכם - עד 800,000 ₪
	3.4.1	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	עד 100,000 ₪
	3.4.2	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה	עד 100,000 ₪
	3.4.3	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	עד 1,000,000 ₪
	3.4.4	הוצאות נסיעה לחו"ל - עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח.	עד 25,000 ₪
	3.4.5	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	עד 100,000 ₪
	3.4.6	הוצאות לשהייה בחו"ל	עד 1000 ₪ למלווה יחיד או 1,500 ₪ לזוג מלווים ליום ועד 200,000 ₪
	3.4.8	טיפול המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד	עד 150,000 ₪
	3.4.10	מעקב בחו"ל	עד 30,000 ₪
	3.6.1	פיצוי לפני ביצוע השתלה	עד 350,000 ₪
	3.7.1	פיצוי לאחר ביצוע השתלה	עד 350,000 ₪ עבור השתלה בחו"ל עד 100,000 ₪ עבור ביצוע השתלה בארץ

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
	3.8.1	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם.	5,000 ₪ למשך 24 חודשים
	3.9.2	הוצאות טיסה לטיפול ניסיוני	עד 20,000 ₪
	3.9.3	הטסה רפואית	עד 100,000 ₪
	3.9.4	הוצאות שהייה	עד 1,000 ₪ ליום לאדם
	3.5	סכום השיפוי המרבי	עד 5 מיליון ₪ לתקופת הבדיקה. סכום הביטוח יתחדש כל תקופת בדיקה (30 חודשים)
פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות	3.1	השתתפות עצמית של המבוטח	150 ₪
	3.1.1	השתתפות עצמית של המבוטח	300 ₪
	3.6	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	200 ₪ לכל טיפול
	1.2	ניתוח בחו"ל בכפוף לאישור המבטח מראש	בית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בית חולים שלא בהסכם - שיפוי עד סכום מרבי של 150,000 ₪. או 200% מעלות ניתוח בארץ, הגבוהה מביניהם.
פרק ג' ניתוחים ותחליפי ניתוח בחו"ל	1.4.1	כיסוי להטסה רפואית	עד 85,000 ₪
	1.4.2	כיסוי להוצאות טיסה	עד 25,000 ₪
	1.4.2	הוצאות שהייה	עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 21 ימים
	1.4.3	הטסת גופה	כיסוי מלא
	1.4.4	הבאת מומחה לישראל	שיפוי עד 100,000 ₪
	1.4.5	הוצאות שהייה למבוטח לאחר ניתוח	עד 700 ₪ ליום ולא יותר מ 5 ימים

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
פרק ד' ניתוחים פרטיים בארץ (מ"השקל הראשון")	3.3	שתל	ללא הגבלה
	4.2	התייעצויות	1,000 ₪ לכל התייעצות.
	4.4	שכר מנתח	משכר מנתח בהסכם, כפי המפורסם באתר האינטרנט של המבטח.
פרק ו' שירותים אמבולטוריים	3.1	התייעצות עם רופא מומחה	עד 1,000 ₪ לכל התייעצות. השתתפות עצמית 20%
	3.2	כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ₪
		הוצאות טיסה ושהיה עבור חוות דעת שנייה בחו"ל	עד סכום ביטוח מרבי של 4500 ₪
	3.3	בדיקות רפואיות אבחנתיות	עד 5000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%
	3.4	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	4500 ₪ לשנת ביטוח
	3.5	חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה	עד סכום ביטוח מרבי של 2,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%
	3.6	טיפול פיזיותרפיה הידרותרפיה אמבולטוריים	עד 160 לטיפול, לא יותר מ 12 טיפולים לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית
	בדיקות ושירותים אונקולוגיים	3.7	טיפולים אונקולוגיים
3.8		בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות	עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח ובהשתתפות הצמית של 20%

פרק בפוליסה	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
שירותי רפואה קרדיולוגיים	3.9	מנוי למשדר קרדיולוגי	עד 150 ש"ח לחודש 50% השתתפות עצמית
	3.10	דום נשימה	עד 4,000 ש"ח לשנת ביטוח השתתפות עצמית 25%
	3.11	שיקום דיבור/ראיה/ריפוי בעיסוק	עד 200 ש"ח לטיפול עד 12 טיפולים בשנת ביטוח
	3.12	אביזרים רפואי	עד 2,000 ש"ח לתקופת הבדיקה ויתחדש כל תקופת בדיקה
	3.13	טיפול בחדר מלח	120 ש"ח לטיפול ועד 10 טיפולים לשנת ביטוח.
	3.14	הזרקת חומרי סיכוך למפרקים	עד 3000 ש"ח למקרה ביטוח עלות החומר והטיפול עצמו
	3.15	טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים וברקמות הרכות	עד 3000 ש"ח למקרה ביטוח
הריון ולידה	3.16	בדיקות הריון	עד 4,500 ש"ח השתתפות עצמית 20%

נספח 2 נתוני הסכם הביטוח והפוליסה

הערות	תנאי הפוליסה	הנושא	סעיף	הסכם/פוליסה
ילד שלישי ואילך חינם	25	"ילד" יחשב עד גיל ("הגיל הקובע"). לאחר מכן ייחשב "ילד בוגר"	2.1	הסכם
(להלן: "המועד הקובע")	1 במאי 2016	תאריך התחלת הביטוח	4.1	הסכם
(להלן: "תקופת ההסכם")	30 אפריל 2021	תאריך סיום הביטוח (לא יותר מ- 5 שנים)	4.1	הסכם

נספח 3 טבלת הפרמיות

חבילת כיסוי מעבר לשב"ן	חבילת כיסוי משקל ראשון	
₪ 89.3	₪ 94	מבוטח
₪ 89.3	₪ 94	בן/ בת זוג/ ילד בוגר
₪ 27.5	₪ 29	ילד*
חבילת כיסוי מעבר לשב"ן	חבילת כיסוי משקל ראשון	גמלאים מבוטחים
₪ 27.5	₪ 29	0-25
₪ 89.3	₪ 94	26-45
₪ 214	₪ 225	46+

*ילד - עד גיל 25. ילד שלישי ואילך - חינם.

**אופן התשלום: עובד ובני משפחתו - ניכוי מהשכר.

