

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי

לחברי קיבוץ נען ובני משפחתם



תוכן עניינים

עמוד	שם הפרק
2	הקדמה
3	גילוי נאות
15	מבוא, חריגים ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה
55	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
63	פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
70	פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
78	פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – מסלול שקל ראשון
84	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים
93	פרק ו' – כתב שירות רפואה משלימה
100	מפרט הפוליסה
101	נספחים
102	אופן הגשת תביעה והנחיות להגשת תביעה

מבוטח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**. הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיה רפואית.

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומייד.

במסגרת התכנית, המבוטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לעובדי סימנס ובני משפחתם, ומומלץ להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 1.11.2020 ותבוא לסיומה ביום 31.10.2025

תכנית הביטוח תכלול את הכיסויים הבאים:

השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בארץ – מהשקל הראשון, שירותים אמבולטוריים וכתב שירות רפואה משלימה

**בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,
תחום בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי קיבוץ נען ובני משפחתם – תמצית תנאי הפוליסה

פרקי הפוליסה:

- פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
- פרק ג' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
- פרק ד' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – מסלול שקל ראשון
- פרק ה' – שירותים אמבולטוריים
- פרק ו' – כתב שירות רפואה משלימה

<p>מוקד שירות לקוחות החברה: *2000 פקס: 153-747049338</p>	<p>כתובת הדוא"ל של החברה: moked-health@menora.co.il</p>	<p>כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד 927 תל אביב 6100802</p>	<p>כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il</p>
--	--	--	--

<p>תמצית תנאי הפוליסה</p>	
<p>פוליסה קבוצתית לביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בארץ – מהשקל הראשון, שירותים אמבולטוריים וכתב שירות רפואה משלימה</p>	<p>שם הביטוח</p>
<p>השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בארץ – מהשקל הראשון, שירותים אמבולטוריים וכתב שירות רפואה משלימה</p>	<p>סוג הביטוח</p>
<p>01/11/2020-31.10.2025 (5 שנים)</p>	
<p>תכנית הביטוח: השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בארץ – מהשקל הראשון, שירותים אמבולטוריים וכתב שירות רפואה משלימה</p>	<p>תיאור תכנית הביטוח</p>
<ul style="list-style-type: none"> • לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בפרק ב' לתנאים הכלליים • לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק ב' סעיף 6 פרק ג' סעיף 9 פרק ד' – סעיף 5 	<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים) בפוליסה)</p>

<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים</p>	<p>קיומים של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח</p>		
<p>להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח:</p> <div style="background-color: #FFD700; padding: 10px; text-align: center;"> <p>תכנית הביטוח הכוללת: השתלוח וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים בארץ מהשקל הראשון אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">134 ₪</td> <td style="text-align: center;">חבר קיבוץ מעל גיל 20 (כולל) במימון בעל הפוליסה</td> </tr> </table>	134 ₪	חבר קיבוץ מעל גיל 20 (כולל) במימון בעל הפוליסה	<p>עלות הביטוח</p>
134 ₪	חבר קיבוץ מעל גיל 20 (כולל) במימון בעל הפוליסה		
<ul style="list-style-type: none"> • מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה באישור הממונה על שוק ההון, ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם • דמי הביטוח עבור חבר/ת הקיבוץ ובני משפחתם בגין תכנית הביטוח ישולמו ע"י בעל הפוליסה • הצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח חבר/ת הקיבוץ בפוליסה • המדד היסודי: מדד חודש אוקטובר 2020, אשר יפורסם בתאריך 15.11.2020 			

תכנית הביטוח:				
פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית
השתלה בחו"ל ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטחת כמפורט בסעיף 5.1	השתלת איבר שאינו מלאכותי	שיפוי מלא	אין	ללא
	השתלת איבר מלאכותי	2,500,000 ₪		
	השתלת איבר שאינו מלאכותי	5,000,000		
	השתלת איבר מלאכותי	2,500,000		
	טיפול מיוחד בחו"ל	1,000,000 ₪		
	טיפול מיוחד בחו"ל	75,000 ₪		
	טיפול מיוחד בחו"ל	שיפוי מלא עד 365 ימים		
	טיפול מיוחד בחו"ל	שיפוי מלא		
	טיפול מיוחד בחו"ל	שיפוי מלא		
השתלה בחו"ל ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטחת כמפורט בסעיף 5.2	השתלת איבר שאינו מלאכותי	שיפוי בגין ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	אין	ללא
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלת איבר מלאכותי	טיפול מיוחד בחו"ל			
השתלה בחו"ל ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטחת כמפורט בסעיף 5.4 ו-6.3	השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו	אין	ללא
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			
השתלת איבר מלאכותי	הוצאות קציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו			

			תוך כדי ביצוע ההשתלה/הטיפול המיוחד	
		שיפוי מלא למבוטח + בגיר מלווה	הוצאות טיסה לחו"ל	
		שיפוי מלא למבוטח קטין + שני מלווים		
		75,000 ₪	הטסה רפואית מיוחדת	
		1000 ₪ ליום למבוטח + בגיר מלווה/ למבוטח קטין + שני מלווים ולכל היותר 50,000 ₪	הוצאות שהייה בחו"ל	
		250,000 ₪	הוצאות טיפולי המשך לאחר ביצוע ההשתלה	
		שיפוי מלא	העברת גופה לישראל	
		100,000 ₪	הבאת מומחה לארץ לביצוע ההשתלה/ הטיפול המיוחד	
		170,000 ₪	הוצאות איתור תרומת מח עצם/תאי גזע	
		7500 ₪ לחודש ולמשך 12 חודשים	עבור מועמד להשתלה	גמלה חודשית כמפורט בסעיף 5.5
		7500 ₪ לחודש	גמלת החלמה לאחר ביצוע ההשתלה	

		ולמשך 24 חודשים		
		₪ 350,000	פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה ללא מעורבות המבטחת או צורך רפואי בהשתלה	פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה ללא מעורבות המבטחת כמפורט בסעיף 5.6
		₪ 120,000	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה/ טיפולים מיוחד למבוטח מעל גיל 21	פיצוי במקרה של מוות כמפורט בסעיף 7
פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
150 ₪ לחודש	אין	3,000,000 ₪ מתחדש כל 36 חודשים	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL ותרופת יתום	תרופות מיוחדות כמפורט בסעיף 4-5
		350 ₪ ליום ועד 60 יום	עלות השירות הכרוך במתן התרופה	
פרק ג' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
ללא	אין	שיפוי מלא	ניתוח שתואם מראש מול המבטחת	ביצוע ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 4.1
		שיפוי עד 200% מעלות ביצוע ניתוח בארץ בהתאם לתעריפי החברה	ניתוח שלא תואם מראש מול המבטחת	

		60,000 מ"ח	שתלים במהלך הניתוח	כיסוי להוצאות ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 4
		650 ש"ח ליום ועוד 14 ימים	שכר אחות/פרטי/ת או פיזיותרפיסט באשפוז	
		שיפוי מלא על פי תעריף מד"א	אמבולנס	
20%		התייעצות אחת עד 4000 ש"ח	התייעצות עם מומחה בחו"ל לפני הניתוח	
ללא		3200 ש"ח	הוצאות נסיעה לחו"ל להתייעצות לפני ניתוח	
10,000 ש"ח		שיפוי מלא למבוטח בגיר+ מלווה ולמבוטח קטין+ שני מלווים	הוצאות הטסה	כיסוי להוצאות נוספות בגין ניתוח מציל חיים ולמניעת נכות כמפורט בסעיף 4.6
		900 ש"ח ליום ועד 30 ימים למלווה. במקרה של מבוטח קטין – לשני מלווים	הוצאות שהייה למלווה	
		100,000 ש"ח	הבאת מומחה לישראל לביצוע הניתוח	
20%		180 ש"ח לטיפול ועד 10 טיפולים	ריפוי בעיסוק עקב ניתוח	הוצאות לאחר ניתוח כמפורט בסעיף 4.7
ללא		800 ש"ח ליום ועד 8 ימים	הוצאות החלמה במוסד הבראה	
20%		180 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים	שיקום כושר הדיבור	

ללא		120,000 ₪	פיצוי במקרה מוות למבוטח מעל גיל 21	פיצוי במקרה מוות כתוצאה מניתוח כמפורט בסעיף 5
		הנמוך מבין: 200% מעלות ביצוע ניתוח בישראל ועד 250,000 ₪	ביצוע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	ביצוע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 6
		שיפוי מלא במסגרת תקרת הפרק	שכר נותן הטיפול, הוצאות חדר טיפולים, הוצאות אשפוז עד 30 ימים	שיפוי הוצאות טיפול מחליף ניתוח בחו"ל כמפורט בסעיף 7
פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – מהשקל הראשון				
אין	90 ימים. הריון ו/או לידה 12 חודשים	שיפוי מלא עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצויות אגב ניתוח עם רופאי הסדר	כיסוי להוצאות ניתוח מהשקל הראשון כמפורט בסעיף 3
		900 ₪ ועד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח	התייעצויות אגב ניתוח ע"י רופא שאינו בהסדר	
		שיפוי מלא	שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר	
		שיפוי מלא	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר עם המבטחת	טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 3.3
		החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת	

פרק ה' – שירותים אמבולטוריים

20%	אין	650 ש"ח ליום ועד 14 ימים	שיקום בבית החלמה לאחר ניתוח לב פתוח/ ניתוח מח/ ניתוח גב	החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח כמפורט בסעיף 2.1
		110 ש"ח לטיפול ועד 16 טיפולים	טיפול פיזיותרפיה או הידרותרפיה לאחר ניתוח	פיזיותרפיה/ הידרותרפיה לאחר ניתוח כמפורט בסעיף 2.2
		110 ש"ח לטיפול ועד 5 טיפולים	טיפול פיזיותרפיה בשברים לאחר ניתוח	טיפול פיזיותרפי לאחר שברים שטופלו בניתוח כמפורט בסעיף 2.3
		200 ש"ח לחודש ועד 12 חודשים	התעמלות שיקומית	התעמלות שיקומית לאחר ניתוח כמפורט בסעיף 2.4
		180 ש"ח לחודש ועד 24 חודשים	מנוי למשדר קרדיולוגי לאחר ניתוח	משדר קרדיולוגי כמפורט בסעיף 2.5
		1000 ש"ח להתייעצות ועד 2 התייעצויות בשנת ביטוח	התייעצות עם רופא מומחה בארץ ללא קשר לניתוח	התייעצות עם מומחה בארץ ללא קשר לניתוח כמפורט בסעיף 2.6
		1000 ש"ח להתייעצות בגין כל מחלה	התייעצות עם רופא מומחה בעת גילוי מחלה קשה	התייעצות עם רופא מומחה בגילוי מחלה קשה כמפורט בסעיף 2.7

ללא	מבוטח בגין – 1000 ₪ חד פעמי מבוטח קטין – 200 ₪ ליום לכל היותר 5000 ₪	פיצוי בגין אשפוז מעל 10 ימים בישראל כתוצאה ממחלה או תאונה	פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז כמפורט בסעיף 2.8
	450,000 ₪	מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS	מענק בגין הידבקות במחלת ה- AIDS כמפורט בסעיף 2.9
	60,000 ₪	מענק חד פעמי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C	מענק בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C כמפורט בסעיף 2.10
	הגבוה מבין: 20% מההוצאות או 150 ₪	6000 ₪ לכל שנת ביטוח	שיפוי עבור בדיקות אבחנתיות
25%	6700 ₪ לסדרת טיפולים ועד 2 טיפולים בתקופת הביטוח	טיפול הפריה חוץ גופית במבוטחת	טיפול הפריה חוץ גופית כמפורט בסעיף 2.12
	1000 ₪	סיקור גנטי למומים מולדים	בדיקות הריון כמפורט בסעיף 2.13
	1000 ₪	סיקור גנטי לאבחון טרומ לידתי	
ללא	100 ₪ ליום ועד 5000 ₪	סקירה על קולית למערכות העובר	סקירה על קולית למערכות העובר
	100 ₪ ליום ועד 5000 ₪	פיצוי בגין אשפוז כתוצאה מסיבוכי	אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון

		מהיום ה-11	הריון	כמפורט בסעיף 2.14
20%		250 ₪ פעם ב-3 שנים	בדיקות לרפואה מונעת למבוטח מעל גיל 50	בדיקות לרפואה מונעת מעל גיל 50 כמפורט בסעיף 2.15
ללא		5000 ₪ לכל תקופת הביטוח	בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים	בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים כמפורט בסעיף 2.16
20%		10,000 ₪ לשנת ביטוח	טיפולים כימותרפיים ו/או רדיותרפיים	טיפולים כימותרפיים ו/או רדיותרפיים כמפורט בסעיף 2.17
25%		280 ₪	עקירה כירורגית	עקירה כירורגית וניתוחי חניכיים כמפורט בסעיף 2.18
		500 ₪	ניתוח חניכיים	
		1000 ₪ בתקופת ביטוח	אבחון הפרעות קשב וריכוז במבוטח עד גיל 18	אבחון הפרעות קשב וריכוז כמפורט בסעיף 2.19
20%		200 ₪ ליום ועד 14 ימים	שירותי אחות/ פרטית/ לשמירה על המבוטח ללא קשר לניתוח	אחות/ פרטית/ ללא קשר לניתוח כמפורט בסעיף 2.20
		4500 ₪	חוות דעת שניה בארץ או בחו"ל לבדיקה פתולוגית	חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית כמפורט בסעיף 2.21
25%		4000 ₪ לשנה	טיפול בדם נשימה בשינה והפרעות	טיפול בדם נשימה

			נשימה בשינה	והפרעות נשימה בשינה כמפורט בסעיף 2.22
20%		200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים	שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי	שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי כמפורט בסעיף 2.23
		1000 ₪ לאבזר עד 30 חודשים	רכישה או השאלה של מכשירים רפואיים	רכישה/השאלת אביזרים רפואיים כמפורט בסעיף 2.24
ללא		120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה	טיפול בחדר מלח	חדר מלח כמפורט בסעיף 2.25
20%		7000 ₪ לתקופת הביטוח	שיקום הליכה	שיקום הליכה כמפורט בסעיף 2.26
פרק ו' – כתב שירות רפואה משלימה				
50 ₪ לטיפול/התייעצות	90 יום	16 טיפולים ליחיד ועד 30 טיפולים למשפחה בשנת ביטוח	קבלת שירותי רפואה משלימה ע"י נותן שירות שבהסכם	כתב שירות רפואה משלימה כמפורט בסעיפים 5-6

הערות:

לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד.

*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

אופן משלוח מסמכי דיווח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבוטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון לטלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il.

יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה. חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרת אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>

הסכם לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי) לחברי קיבוץ נען ובני משפחתם

שנערך ונחתם ב _____, ביום _____, בחודש אוקטובר לשנת 2020

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ז'בוטינסקי 23, רמת גן

(להלן: "המבטחת")

לבין: קיבוץ נען

(להלן: "בעל הפוליסה")

הואיל: והמבטחת הינה חברת ביטוח מורשית כדין;

והואיל: והסכימו הצדדים לקבל על עצמם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים

המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

תנאים כלליים להסכם ביטוח הבריאות הקבוצתי

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

1. תוקף הפוליסה

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

1.1. הועברה למבטחת בקובץ אקסל עפ"י דרישת המבטחת רשימת מבוטחים הכוללת פרטים אישיים (שמות, מספרי זהות, תאריך לידה, כתובת מלאה וכדומה).

- 1.2. בעל הפוליסה מסר למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על-פי דין ולפי הסכם זה.
- 1.3. בעל הפוליסה מסר למבטחת, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 1.4. צורפו לפוליסה 50 מבוטחים לפחות.

2. תשלום דמי הביטוח

- 2.1. **תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור חברי הקיבוץ ובני משפחתם אשר הצטרפו לביטוח.**
- 2.2. **דמי הביטוח ישולמו עבור כל חודש ביטוח, עד ל- 31 בחודש העוקב (לדוגמא דמי הביטוח בגין חודש אוקטובר 2020 ישולמו עד ה- 30.11.2020).**
- 2.3. בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום דמי ביטוח נוספים שעל בעל הפוליסה לשלם למבטחת עבור מבוטחים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות לגבי מבוטחים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- 2.4. מוסכם בזאת כי לאחר איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 5 (חמישה) ימי עסקים מהמועד הנקוב בסעיף 2.2 לעיל, המבטחת תהיה רשאית להביא את הפוליסה לסיומה, בהודעה מוקדמת, מראש ובכתב לבעל הפוליסה או למבוטח לפי העניין. בחלוף 15 ימים מיום מתן ההודעה כאמור לעיל, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה או למבוטח, לפי העניין, בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה בטלים. ביצוע התשלום שבפיגור במהלך תקופת ההתרעה לא יפגע בכל הזכויות של המבטחת על פי כל דין.
- 2.5. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א- 1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה.

3. התחייבויות בעל הפוליסה:

- 3.1. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח א', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל

באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

3.2. בעל הפוליסה ימסור למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים, כפי שיתבקש ממנו, בהיקף הדרוש למבטחת לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי הפוליסה. בכלל זה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור בסעיף זה, מתחייב בעל הפוליסה למסור למבטחת את כתובותיהם של המבוטחים, וכן להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובת, במצב המשפחתי או בכל נתון אחר של המבוטחים ככל שידוע לו, אשר נמסר על ידיו למבטחת, לרבות המשך העסקתו של המבוטח על ידי בעל הפוליסה.

3.3. בלא לגרוע מן האמור לעיל, לא יאוחר מ - 25 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים העדכנית למועד הדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.

3.4. קובץ הדיווח החודשי יכלול פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח בחודש הקודם לדיווח ויגרע מהקובץ את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם לדיווח עקב פרישה מהקולקטיב.

4. תנאי הפוליסה המלאים לרבות הכיסויים בפוליסה הינם בהתאם למפורט בפוליסת הביטוח המצ"ב.

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי לחברי קיבוץ נען ובני משפחתם

פרק א' - מבוא, תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

1. הגדרות

בפוליסה תהיה לכל אחד מן המונחים המשמעות לצדו, כמפורט להלן:

- | | |
|---|---|
| <p>אחות או אח בעלי תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות במדינה בה מבוצע הטיפול.</p> | <p>1.1 אחות/אח:</p> |
| <p>שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז, למעט מחלקות שיקום</p> | <p>1.2 אשפוז:</p> |
| <p>אתר האינטרנט של המבטחת שכתובתו: www.menoramivt.co.il</p> | <p>1.3 אתר האינטרנט</p> |
| <p>מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי</p> | <p>1.4 של המבטחת: בית חולים או</p> |
| <p>בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.</p> | <p>בית חולים כללי:</p> |
| <p>בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.</p> | <p>1.5 בית חולים מוסכם:</p> |
| <p>בית חולים בישראל או בחו"ל שהוא בבעלות פרטית ושאיננו בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי או</p> | <p>1.6 בית חולים פרטי:</p> |

שירות רפואי נוסף שאושר על ידי הרשויות המוסמכות.

מי שנשוי/אה למבוטח/ת, או ידוע/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינו/ה נשוי/אה לו/ה.

1.7 **בן/בת זוג:**

"קִיבוץ נען"

1.8 **בעל הפוליסה:**

גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת. גיל המבוטח לצורך קביעת זכויותיו בתכנית, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע על פי תאריך הלידה של המבוטח.

1.9 **גיל המבוטח:**

דולר של ארה"ב.

1.10 **דולר:**

הפרמיה ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטחת, לפי העניין, בהתאם לתנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת שתקבע על ידי המבטחת, עקב מצב בריאותו של המבוטח או עקב סיכונים מיוחדים הקשורים במבוטח.

1.11 **דמי הביטוח:**

דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי

1.12 **דף פרטי הביטוח:**

של מבטח מסויים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.	המבטחת:	1.13
המפקח על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.	המפקח:	1.14
חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009, וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיותקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוזרי המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.	הסדר תחיקתי:	1.15
הסכם כפי שיהיה קיים מעת לעת בין המבטחת או חברה קשורה לבין נתן שירות כלשהו בקשר עם הכיסויים הביטוחיים הנכללים בפוליסה.	הסכם:	1.16
הסכם בין המבטחת ו/או חברה קשורה לבין ספק השירות הרפואי הקיים במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח , למתן שירות רפואי לפיו, בין היתר, התמורה לה זכאי ספק השירות הרפואי תשלום ישירות על ידי המבטחת או החברה הקשורה.	הסכם עם ספק שירות ו/או נתן שירות:	1.17
טופס ההצעה/ טופס הצטרפות המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו,	הצעת הביטוח:	1.18

כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, וכל זאת במידה ונדרש המבוטח למלא טופס הצעה בטרם כניסתו לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח במידה ונדרש לכך בתנאי הפוליסה וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח במידה ונדרש לכך.

1.19 השתלה:

הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע שהופקו מדם טבורי, תאי גזע מדם היקפי או תאי גזע המופקים מעצמות המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

"הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום

**שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח
2004/20 הגדרות של פרוצדורות**

רפואיות בביטוח בריאות"

חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה
ביטוח כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה
להלן. במקרה בו נקבעה השתתפות
עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי
ביטוח על פי הפוליסה תהיה רק לגבי
הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות
עצמית זו.

1.20 השתתפות עצמית:

חברה עמה קשורה המבטחת בהסכם
למתן שירותים רפואיים למבוטחים ברחבי
העולם, באמצעות בתי חולים, רופאים
ונותני שירותים רפואיים אחרים, החתומים
על חוזים עם החברה.

1.21 חברה קשורה:

כל מדינה או מקום מחוץ לישראל, למעט
מדינות אויב.

1.22 חו"ל:

חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981, או
כל חוק אחר שיחליפו.

1.23 חוק חוזה הביטוח:

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-
1994, או כל חוק אחר שיחליפו.

1.24 חוק הבריאות:

ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל,
שמתקיים בו לפחות אחד מהתנאים
הבאים:

1.25 טיפול מיוחד בחו"ל

1.25.1 הטיפול הרפואי או הניתוח
אינו ניתן לביצוע בישראל
מסיבה כלשהי ואין לו טיפול
חלופי בישראל.

1.25.2 טרם נצבר בישראל ניסיון מוכח
בביצוע הניתוח או הטיפול
הרפואי ואין לו טיפול חלופי
בישראל.

1.25.3 סיכויי ההצלחה בביצוע הניתוח
ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או

סיכויי ההחלמה והתפקוד היומימי לאחר ביצועם, גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול בישראל.

1.25.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד ו/או הניתוח עלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו הרפואי ו/או התפקודי של המבוטח זמן ההמתנה בחו"ל קצר משמעותית מזמן ההמתנה בארץ.

1.25.5 או לחילופין, ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה, והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות. **לצורך הגדרה זו:**

"טיפול חלופי" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

"תוצאות גופניות חמורות יותר" – תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול הרפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.

משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ- 24 שעות.	יום אשפוז:	1.26
התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח לגבי כל מבטח. צורף לפוליסה פרק/	יום/מועד	1.27
כיסוי נוסף לאחר מועד תחילת הביטוח, יהיה מועד תחילת הביטוח של הפרק/ כיסוי שהוסף כאמור, התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כיום תחילת הביטוח בגין אותו פרק/ כיסוי שהוסף לפוליסה עבור המבטח על פיו.	תחילת הביטוח:	
ילדו של המבטח, לרבות ילדו החורג וילד מאומץ אשר גילו אינו עולה על 20 שנים (כולל).	ילד:	1.28
מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.	ישראל:	1.29
חבר רשום בקיבוץ נען (להלן: "בעל הפוליסה") שגילו עד 75 שנים.	מבטח זכאי:	1.30
	מבטח:	1.31
"מבטח זכאי" שמילא וחתם על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת ושולמה בגינו הפרמיה במלואה.	1.31.1	
בן/בת זוג של מבטח זכאי עד גיל 75 וילדיהם זאת בתנאי שמילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, ובתנאי ששם מופיע ברשימת המבטחים שתועבר מדי חודש למבטחת ע"י בעל הפוליסה ושולמה בגינם הפרמיה במלואה. כל זאת בכפוף לאמור להלן:	1.31.2	

1.31.2.1 יובהר, כי ניתן לצרף לביטוח גם את בני/ות

הזוג באותם התנאים.

1.31.2.2 הצטרפות בני/ות זוג

מותנית בביטוח

המבוטח הזכאי לביטוח.

"מבוטח קיים" - מי שהיה מבוטח החל

מיום 1.7.2014 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, (להלן: **"הביטוח הקודם"**).

מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף. המדד מותאם למדד הבסיסי של 100.0 נקודות מחודש ינואר 1959, כשהוא מחולק ל-1000.

מדד אשר יפורסם ביום 15/11/2020.

המדד האחרון הידוע ביום תשלום דמי הביטוח למבטחת או תשלום סכום הביטוח למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח, בהתאם לתנאי הפוליסה.

המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 1.11.2020. על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.

1.31.3

1.32 מדד:

1.33 מדד יסודי:

1.34 מדד קובע:

1.35 מועד תחילת הביטוח:

- 1.36 **מנתח:** רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.
- 1.37 **מנתח אחר:** מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבטח.
- 1.38 **מנתח הסכם:** מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, **במועד הגשת התביעה על ידי המבטח**, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבטח. **יובהר, כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.**
- 1.39 **מפרט הפוליסה:** נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר: תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.
- 1.40 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבטח" משמעו, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.41 **משפחה:** כל המבטחים על פי רשימה ובתנאי שהוכחה הזיקה לבעל הפוליסה וזאת בכפוף לתקנות רגולטוריות. יובהר, כי גיל

ההצטרפות המקסימלי הינו גיל 70 כמוגדר בסעיף 8.3 לתנאים הכלליים.

מערך עובדתי ונסיבתי כמתואר בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לקבלת תגמולי ביטוח **בכפוף לתנאים ולסייגים הקבועים בפוליסה.**

1.42 **מקרה הביטוח:**

מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטחת ו/או חברה קשורה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה **במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.**

1.43 **נותן שירות שבהסכם:**

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות M.R.T, לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה. **"הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"** יובהר כי הגדרה זו לא תחול על כיסוי **"ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל"** (בפרק א').

1.44 **ניתוח:**

ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה

1.45 **ניתוח אלקטיבי:**

מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.46 **ניתוח חירום:** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי שבוצע במבוטח, שאושפז לאחר ביקור בחדר מיון של בית חולים.

1.47 **סייג בשל מצב המבטח מחבולות, או מפחית את חבות המבטח**

רפואי קודם" או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.48 **סכום השיפוי המירבי** הסכום המרבי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ו/או בכל פרק לפוליסה לרבות במסגרת דף פרטי

ו/או סכום הפיצוי ו/או הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח,

סכום הביטוח- בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד לפי תנאי פוליסה זו.

1.49 **סל שירותי הבריאות:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנים על ידי קופת החולים לחברה, במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לחברה, למעט מחויבויות שבמסגרת השב"ן.

1.50 **פוליסה/ תכנית ביטוח:** חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כל נספח לחוזה זה, לרבות הצהרת הבריאות, דף פרטי הביטוח, הצהרות בעל הפוליסה וכל נספח או תוספת המצורפים לו.

1.51	פיזיותרפיסט:	אדם בעל תעודת הסמכה מטעם הרשויות המוסמכות לתת טיפולי פיזיותרפיה במדינה בה ניתנים הטיפולים.
1.52	קופת חולים:	תאגיד כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, קופות החולים שהוכרו ככאלה על ידי שר הבריאות לרבות שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
1.53	רופא:	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים .
1.54	רופא מומחה:	רופא, שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח.
1.55	רופא מרדים:	רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים כמרדים במדינה בה בוצע הניתוח.
1.56	שב"ן:	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
1.57	שנת ביטוח:	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה ביום תחילת הביטוח.
1.58	שתל:	כל איבר, 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 המושתלת לצורך רפואי, פרק ירך וכו'), אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, לרבות חומרי סינוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, 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 המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח תגמולי הביטוח. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת תקופת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצויינה לגבי כל כיסוי בפוליסה, אלא אם צוין במפורש אחרת. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח

1.59 תקופת אכשרה:

רצופות ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח. למען הסר ספק, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ו/או מבטחים אשר לגביהם יאושר רצף ביטוחי מביטוח בריאות קבוצתי אחר אודות כיסויים חופפים, יחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים, והמבוטחים הנ"ל יהיו פטורים ממעבר תקופת אכשרה בגין הכיסויים החופפים.

01/11/2020-31/10/2025 (5 שנים).

תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק שצורף לפוליסה. **במהלך תקופת ההמתנה לא יהיה המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח, זכאותו תחל בתום תקופת ההמתנה.**

1.60 **תקופת הביטוח:**

1.61 **תקופת המתנה:**

2.

פירוט הכיסויים והשירותים:

תכנית הביטוח:

- (א) השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – כמפורט בפרק א' להסכם זה.
- (ב) תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' להסכם זה.
- (ג) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל – כמפורט בפרק ג' להסכם זה.
- (ד) כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – מהשקל הראשון - כמפורט בפרק ד' להסכם זה.
- (ה) שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ה' להסכם זה.
- (ו) כתב שירות רפואה משלימה - כמפורט בפרקים ו' להסכם זה.

3. פרשנות

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

4. תוקף הפוליסה

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

5. אופן ההצטרפות תנאי הקבלה לביטוח ומועד צירוף המבוטחים:

- 5.1 **הצטרפות לביטוח עבור החברים ובני משפחותיהם שהינם מבוטחים קיימים:** ההצטרפות הינה אובליגטורית, קרי: כל חברי קיבוץ נען שהינם מבוטחים קיימים יצורפו לביטוח באופן אוטמטי, ללא טפסי הצטרפות וללא הצהרת בריאות וזאת במימון מלא של בעל הפוליסה.
- 5.2 **הצטרפות לביטוח עבור חברים ובני משפחותיהם שאינם מבוטחים קיימים:** ההצטרפות הינה וולונטרית, קרי: לפי רצון המועמד לביטוח (ובכפוף להסכמת המבטחת).
- הכניסה לביטוח מותנית במילוי טופס בקשת הצטרפות, חתום על ידי המועמד לביטוח, ומילוי הצהרת בריאות מקוצרת והליך חיתום אשר יקבע את תנאי קבלתם לביטוח, וזאת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.
- למרות האמור, חברי קיבוץ נען ובני משפחותיהם, לרבות ילדים ותינוקות שאינם מבוטחים קיימים, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות בלבד וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וזאת במהלך 90 יום ממועד תחילת הביטוח ובכפוף לחריג מצב קודם בהתאם לאמור בפרק ב' סעיף 2.
- יובהר, כי בכל מקרה, הצטרפות בני זוג ו/או הילדים מותנית בביטוח החבר.
- 5.3 ילדים שיצורפו לביטוח, ובמהלך תקופת הביטוח יהפכו לבוגרים, ימשיכו בביטוח בתעריף בוגר.
- 5.4 חבר קיבוץ נען אשר היה זכאי במועד תחילת הביטוח להצטרף לביטוח אך נמנע מלעשות זאת ו/או חבר/ בן משפחה שגרע עצמו מהביטוח לאחר קבלתו לביטוח, יוכל להצטרף לביטוח במועד מאוחר יותר, בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת לשביעות רצונה של המבטחת והסכמת המבטחת לקבל את המועמד לביטוח.

5.5

מובהר בזאת, כי מבטחים אשר פרשו מביטוח זה מסיבה כלשהי וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות והליך של חיתום. הצטרפותם לביטוח מחדש מותנית בהסכמה ובאישור מפורש בכתב של המבטחת. מבטחים אלו יהיו זכאים לתגמולי ביטוח **לאחר תקופת אכשרה של שלושה חודשים**. מועד תחילת הביטוח לגבי מבטחים אלו יהיה בראשון לחודש העוקב לחודש בו יינתן אישור המבטחת בכתב להצטרפות מחדש לביטוח. **אופן צירוף מבטחים**

5.5.1

חברים שהינם מבטחים קיימים:

חברים שהינם מבטחים קיימים, יצורפו לביטוח באופן אוטומטי, והיו זכאים לכיסוי ביטוחי ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום והיו פטורים מתקופת אכשרה בגין כיסויים ביטוחיים וסכומים חופפים לכיסויים בביטוח הקודם. **מועד תחילת הביטוח ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.**

5.5.2

בצירוף ללא הצהרת בריאות, יצורפו המועמדים לביטוח לפי האמור להלן:

5.5.2.1 במידה ופרטי החבר/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה, עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו הועברו פרטיהם.

5.5.2.2 במידה ופרטי החבר/בן המשפחה יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטחת לאחר ה-15 בחודש - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו הועברו פרטיהם למבטחת.

להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד בחודשים.

5.5.3

בצירוף המחייב מילוי הצהרת בריאות, יחולו התנאים הבאים:

5.5.3.1 **מועד ההצטרפות לביטוח על פי סעיף זה יחול לפי האמור להלן:**

5.5.3.1.1 במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש בו החלה זכאותם.

5.5.3.1.2 במידה והצעת הביטוח התקבלה אצל המבטחת החל מה- 16 בחודש ואילך - יצורפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו החלה זכאותם.

להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד
בחודשים.

5.6 שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, לפני שהמבטחת החליטה על קבלת המועמד לביטוח, לא תיחשב קבלת הכספים כהסכמת המבטחת לעריכת הביטוח. לא הסכימה המבטחת לקבל את המועמד לביטוח, תשיב המבטחת את הכספים ששולמו לה על חשבון דמי הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדון.

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

6.1 מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

6.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1 ד' (ג') לחוק עובדים זרים;

6.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד, במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כתבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן-בת-זוגו.

6.2 האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטחת אחרת אם התקיימו תנאים אלה:

- 6.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- 6.2.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד: לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 6.2.3 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, פרק כיסוי בסיסי - "פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות.
- 6.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

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

- 7.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 6.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 7.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

7.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8. תקופת ההסכם ותקופת הביטוח

8.1 תקופת הביטוח תחל ביום 1.11.2020 או במועד צירופו של המבוטח לביטוח - לפי המאוחר מביניהם ותסתיים ביום 31.10.2025 בכפוף לאמור בסעיף 8.4.

8.2 על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים והסכומים החופפים בשתי תכניות הביטוח

8.3 הגיל המרבי להצטרפות לפוליסה הוא גיל 75 שנים.

8.4 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים במותו, או במועד סיום או ביטול ההסכם זה, או במועד ניתוק יחסי חבר קיבוץ – לפי המוקדם מביניהם.

8.5 תקופת הביטוח תגיע לסיימה ב-1 לחודש העוקב לחודש בו פנה בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לפי העניין, אל המבטחת וביקש להפסיק עבור המבוטח את הביטוח שעל פי ההסכם זה.

8.6 על אף האמור לעיל, פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8.7 המשכיות בתום תקופת הביטוח:

במקרה עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבוטחים למשך תקופה של 36 חודשים לפחות, להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים, בהנחה של 20% למשך השנתיים הראשונות ו-10% למשך 3 שנים נוספות, וזאת בתנאים ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 60 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי העניין.

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

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

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

8.8

8.9

9. חובת הגילוי

פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות המבוטח, שניתנו לשאלות שהוצגו בטופס הצעת הביטוח ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה או בכל דרך אחרת, בכתב או בטלפון, והמצורפות לפוליסה. על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

9.1

הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור, אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה. הסתרה בכוונת מרמה מצד

9.2

המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

9.2.1 ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

9.2.2 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בהתקיים כל אחת מאלה:

9.2.2.1 התשובה ניתנה בכוונת מירמה.

9.2.2.2 מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.

9.3 המבטחת אינה זכאית לתרופות שבסעיפים 9.2.1 ו- 9.2.2, אלא אם תשובת המבוטח כאמור שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה, בהתקיים כל אחד מאלה:

9.3.1 המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

9.3.2 העובדה שעל בסיסה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.

9.4 כמו כן, המבטחת אינה זכאית לתרופות האמורות בסעיף 6.2.2 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחיין בוטחו פעל בכוונת מרמה.

9.5 **תאריך לידתו של המבוטח, כפי שמופיע במסמך רשמי, הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.**

10. **דמי הביטוח ודרך תשלומם**

10.1 דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בכפוף לאמור במפרט הפוליסה המצורף לפוליסה זו.

10.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי המפורט במפרט הפוליסה ובדף הרשימה וישולמו בהתאם למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.

10.3 **תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור עובדיו/חבריו ועבור בני משפחותיהם אשר הצטרפו לביטוח.**

10.4 לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלום, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 10.2 לעיל, ריבית לפי חוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א- 1961 וזאת מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה.

11. **קרן לפנים משורת הדין:**

המבטחת תעמיד ברשותה קרן בשיעור של 1.5% מדמי הביטוח המשולמים במסגרת הסכם זה למבטחת (להלן: "הקרן") לביצוע פרוצדורות רפואיות, שאינן מכוסות במסגרת פוליסה זאת, עבור המבוטחים ע"פ ההסכם. ההחלטה על השימוש בכספי הקרן תתקבל ע"י המבטחת ובעל הפוליסה במשותף. להסרת ספק, יובהר כי כספי הקרן ניתנים לצבירה עד לסיומה של כל תקופת הביטוח בלבד, כמוגדר בסעיף 4. **כספי הקרן, ישמשו לצורך תשלום תגמולי ביטוח לפנים משורת הדין בלבד.**

11. **התאמת פרמיה:**

11.1 לאחר 12 חודשי הביטוח הראשונים, ביום 30.09.2021, תערך

התאמת פרמיה, בהתאם להסכם בין המבטחת ובעל הפוליסה כדלקמן:

התאמת הפרמיה תערך החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת

החשבון") ולאחר מכן כל 24 חודשים בהתאם למפורט להלן:

הכנסות: 84% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן

משוערכות למדד.

תביעות: סך כל הסכומים ששולמו עבור תביעות (לרבות כתבי שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות שאושרו ע"י הקיבוץ (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד.
הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות.

- 11.1.1 אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח כמפורט להלן:
- 11.1.2 **התאמת פרמיה ראשונה:**
 תתבצע התאמה פרמיה וזאת לא יותר מ- 25% מהסך הכללי המשולם בגין הביטוח.
- 11.1.3 **התאמת פרמיה שניה:**
 24 חודשים לאחר ביצוע התאמת הפרמיה הראשונה תבוצע, במידת הצורך, התאמת פרמיה נוספת, בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה") ולא יותר מ- 20% העלאה מסך הפרמיה המשולמת.
- 11.1.4 לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופת החשבון למעט הצמדתן למדד. בנוסף, במידה שלא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור- ידונו הצדדים בהוספת כיסויים לתכנית הביטוח.
- 11.1.5 במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי גובה העלאת הפרמיה, רשאי כל צד להודיע למשנהו על הפסקת ההסכם תוך 3 חודשים מיום ההודעה.

12. שינויים בפוליסה:

בעל הפוליסה יהיה רשאי בכל עת להודיע למבטחת על רצונו לנהל משא ומתן על מנת לתקן את הפוליסה. ביקש בעל הפוליסה לנהל משא ומתן כאמור, ינהלו המבטח ובעל הפוליסה משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה, על פי בקשת בעל הפוליסה. לא הגיעו הצדדים להסכמה, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם זה לסימו, אף אם טרם חלפו חמש שנות הביטוח הראשונות, בהודעה בכתב שייתן למבטחת 120 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

13. ועדת ערר

- 13.1 דחתה המבטחת תביעה שהוגשה ע"י מבטח, יהיה המבטח רשאי לפנות לוועדת הערר על מנת שזו תדון בתביעה מחדש. בפנייתו זו יפרט את המסמכים אותם מסר למבטחת, ויעביר לוועדה כל חומר שיידרש על ידה. הפנייה תיעשה לכתובת אשר תפורסם לבעל הפוליסה מעת לעת.
- 13.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 13.3 המבטחת תעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידה, בין אם הועבר לידיה על ידי המבטח ובין אם הגיע לידיה שלא באמצעות המבטח.
- 13.4 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטחת ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתה של המבטחת בעניין התביעה.
- 13.5 מוסכם בין הצדדים כי תביעות אשר הועברו להחלטתה של ועדת הערר תחשבנה לעניין פוליסה זו כתביעות תלויות.
- 13.6 ועדת הערר תורכב משני נציגים מטעם המבטחת, ושני נציגים מטעמו של בעל הפוליסה.
- 13.7 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 13.8 לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה שבין חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה לעניין שאינו רפואי, מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה").
- 13.9 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 13.10 למען הסר ספק אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע ממי מהצדדים להסכם לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

14. תנאי הצמדה

- 14.1 כל הסכומים הנקובים בש"ח בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח, לרבות תגמולי הביטוח, סכומי ההשתתפות העצמית, אם קיימים, ודמי הביטוח על פי פוליסה זו יהיו צמודים לשיעור עליית/ירידת המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

14.2 דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה או המבוטח לשלם ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה למדד הקובע ביום התשלום בפועל לעומת המדד היסודי. יום ביצוע התשלום בפועל יהיה המאוחר מבין אלה: המועד הנקוב בהמחאה או המועד בו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטחת. במקרה של תשלום על פי העברה בנקאית או בכרטיס אשראי לזכות חשבון המבטחת ייחשב יום זיכוי חשבון המבטחת בבנק או בחברת כרטיסי האשראי כיום ביצוע התשלום בפועל.

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

16. **הגשת תביעות**

16.1 הודעה על מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה, לרבות:

16.1.1 טופס תביעה מלא של המבטחת, לרבות מסמכים רפואיים ואחרים כפי שנדרש.

16.1.2 כתב וויתור על סודיות רפואית, שימשם לצורך קבלת מידע ככל שהדבר דרוש לבירור זכויות וחובות על פי הפוליסה.

16.1.3 אם היו תשלומים, יש להעביר קבלות וחשבוניות הנדרשות לשם בירור החבות. את המסמכים והקבלות ניתן להגיש גם באופן דיגיטלי, לרבות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.

16.2 במסגרת בירור החבות, לרבות זכאות המבוטח להמשך תשלום תגמולי ביטוח, תהיה למבטחת הזכות וצריכה להינתן לה האפשרות, להעמיד את המבוטח, על חשבונה, לבדיקת רופא או רופאים שיתמנו על ידה, ככל שיהיה בכך צורך סביר המתקבל על הדעת.

מבלי לפגוע בכלליות האמור, יובהר, כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט בישראל.

16.3 בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרשו לעשות כן, את המידע והמסמכים הנוספים הדרושים למבטחת לשם בירור חבותה, לרבות פרטים אודות זהות מבצע הפרוצדורה הרפואית, שם בית החולים.

או המרפאה בהם הינו מעונין לבצע את הפרוצדורה הרפואית וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים למצב הרפואי בגינו נזקק המבוטח לבצע את הפרוצדורה הרפואית, ואם אינם ברשותם עליהם לעזור למבטחת, ככל שיוכלו, להשיגם.

16.4 המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו לרבות רשימת בתי החולים ורשימות רופאים מומחים, מנתחים ומרדמים שבהסכם.

17. תגמולי ביטוח

17.1 המבטחת תהיה רשאית, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, במידה והיו קשורים איתה בהסכם במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח, או לשלם למבוטח תמורת קבלות וחשבוניות.

17.2 למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר כמפורט בסעיף 13.1.3.1 לעיל, תשלם המבטחת את ההפרש בין המגיע למבוטח על פי פוליסה זו לבין הסכום ששולם מהגורם האחר, אך לא יותר מהוצאות המבוטח בפועל.

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

17.4 תשלום תגמולי הביטוח יבוצע בתוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים והתקיימות כל התנאים כאמור בסעיף 14 לעיל.

17.5 נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה לגורם כלפיו התחייבה לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע

- התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת את היתרה לירשיו החוקיים של המבוטח, על פי צו ירושה או צו קיום צוואה.
- 17.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח המרבי המצוין בכל פרק מפוליסה זו או בדף פרטי הביטוח, לפי העניין.
- 17.7 מבוטח שאירע לו מקרה ביטוח, המכוסה בשני פרקים או יותר, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי פרקים אלה, לפי הגבוה מביניהם, ובלבד שלא יהיה זכאי לכפל ביטוח בגין אותו מקרה הביטוח.
- 17.8 בנוסף על האמור בסעיף זה יחולו על תגמולי הביטוח גם התנאים הנוספים המפורטים בכל פרק לפוליסה, לפי העניין.
- 17.9 המבטחת תהא זכאית לנכות מכל תשלום בגין הפוליסה, כל חוב דמי ביטוח המגיע לה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח, והכל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.
- 17.10 בכפוף לכך שהמבוטח זכאי לכיסוי על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח ולתנאי הכיסוי, יינתן למבוטח, ככל שיבקש זאת, התחייבות כספית אשר תאפשר למבוטח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי הפוליסה, למבטחת שמורה הזכות להתנות את העברת ההתחייבות כספית למבוטח במתן ערבונות לצורך השבת ההתחייבות הכספית ככל שיהיה בכך צורך

18.18. מקרה ביטוח המכוסה על ידי יותר מחברת ביטוח אחת ו/או על-ידי צד שלישי

ו/או על ידי פוליסה נוספת או יותר אצל המבטחת

18.1 כפל ביטוח

- 18.1.1 המבטחת תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר.
- 18.1.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 18.1.3 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מעת ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח וכשיעור התגמולים

- 18.1.4 ששילמה בסעיף זה צד שלישי, לרבות קופות החולים. המבטחת אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה לפי פרק זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל מהמבטחת.
- 18.1.5 קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, יהא עליו להעבירו למבטחת. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך.
- 18.1.6 **קיבל המבוטח מצד שלישי שיפוי בגין הוצאות המכוסות בפוליסה זו, בין מכוח חוזה ביטוח ובין שלא מכוח חוזה ביטוח, תהא המבטחת זכאית לקזז את סכום השיפוי מסך תגמולי הביטוח מסוג שיפוי להם זכאי המבוטח על פי פוליסה זו.**
- 18.1.7 **המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטחת, בשל אותו מקרה ביטוח.** ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח.

19. ביטול הפוליסה

- 19.1 תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ו/או לגבי כלל המבוטחים, תבוא לידי סיום, בכל אחד מהמועדים המפורטים להלן, **לפי המועד המוקדם שביניהם:**
- 19.1.1 בתום תקופת הביטוח על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 19.1.2 עם מותו של המבוטח.
- 19.1.3 במועד בו פסקה הזיקה בין בעל הפוליסה לבין המבוטח
- 19.2 **ביטול על ידי המבוטח**
- 19.2.1 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם להוראות סעיף 7 לעיל.
- 19.2.2 המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה למבטחת באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה.
- 19.2.3 ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסויים משמעה ביטול הפוליסה וכל נספחיה/פרקיה/רבדיה, אלא אם כן נמסרה הודעת הביטול רק בקשר לרובד מסויים.
- 19.3 **ביטול על ידי המבטחת:**

המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח

20. כפיפות להסדר התחיקת

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

21. מתן מסמכים למבוטח:

- 21.1 המבטחת תמסור 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 על הביטוח דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.
- 21.2 על אף האמור בסעיף 18.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצין כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 21.3 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח המבטחת למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

22. מתן הודעות למבוטח:

- 22.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח בתקנת משנה זו – (להלן: מועד תחילת השינוי) תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
- 22.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 22.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 22.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 22.5 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, תמסור המבטחת למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל

הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי ששילם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

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

23. התחייבויות המבטחת:

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

24. הודעות והצהרות

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

25. סתירה

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

26. התיישנות

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

27. ברירת הדין

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

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

28. **שונות**
אשת הקשר מטעם הפוליסה: אהובה פוקס מקיבוץ נען 76829, טל: 089442296.

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

1. **הוראות כלליות**
 - 1.1 פרק זה מונה את ההגבלות, הסייגים והחריגים (להלן – "החריגים הכלליים") החלים על פוליסה זו ועל כל אחד מפרקיה.
 - 1.2 בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק זה, יחולו גם ההגבלות, הסייגים והחריגים המיוחדים (להלן – "החריגים המיוחדים") לגבי כל אחד מהכיסויים הביטוחיים המפורטים בפרקי הפוליסה.
2. **חריג מצב רפואי קודם**
 - 2.1 המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ועל פי כל אחד מפרקיה בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
 - 2.2 תוקף החריג בגין מצב רפואי קודם יהיה מוגבל בזמן בהתאם לגילו של המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:
 - 2.2.1 היה גיל המבוטח פחות מ- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח- שנה אחת מיום תחילת הביטוח.
 - 2.2.2 היה גיל המבוטח מעל ל- 65 שנה עם הצטרפותו לביטוח - חצי שנה מיום תחילת הביטוח.
 - 2.2.3 להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח קיים לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותו לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו.
 - 2.2.4 לגבי מבוטחים שאינם מבוטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.
 - 2.2.5 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח על מצב בריאותו ונתן פרטים מלאים על מצב רפואי קודם, תהיה המבטחת רשאית לסייג את היקף חבותה. סייג זה יפורט בדף פרטי

הביטוח ויהיה תקף לתקופה שפורטה בו לצד אותו מצב רפואי קודם.

2.2.6 הודיע המבוטח על מצב רפואי קודם, והמבטחת לא סייגה במפורש את המצב הרפואי הקודם בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין מצב רפואי קודם.

2.2.7 אין באמור לעיל כדי לפטור את המבוטח מחובת גילוי לפי חוק חוזה הביטוח לגבי מצב רפואי קודם.

השבת דמי הביטוח

2.3

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

3. חריגים נוספים החלים על כל אחד מפרקי הפוליסה

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

3.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.

3.2 מקרה הביטוח אירע במהלך של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

3.3 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, טיפולים נפשיים ופסיכולוגיים.

- 3.4 מקרה הביטוח נגרם עקב אלוהולידים, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה.
- 3.5 הריון ו/או לידה, פריון או עקרות וטיפולים בעובר, למעט במקרים המפורטים להלן:
- 3.5.1 הפסקת הריון שנדרשה עקב סכנת חיים לאם או עקב גילוי מום בעובר.
- 3.5.2 לידה בנייתוח קיסרי אלקטיבי עקב צורך רפואי.
- 3.5.3 ניתוחים גניקולוגיים מתקנים בעקבות לידה בשל סיבה רפואית שאינה נפשית, קוסמטית או לצורכי פריון.
- 3.5.4 התייעצויות הקשורות להריון, כמפורט בפרק ה' סעיפים 2.6-2.9.
- 3.5.5 למען הסר ספק מובהר בזאת, כי לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת ושכר מנתח במקרה של לידה, למעט אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי מתוכנן מראש עקב צורך רפואי, אז תשלם המבטחת את שכר המנתח, חדר הלידה, ההרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בנייתוח קיסרי, או תשלום על ימי אשפוז לאחר ניתוח אשר בוצע ללא השתתפות המבטחת.
- 3.5.6 סעיפים 2.15 ו-2.16 לפרק ה' (טיפול הפריה חוץ גופית ובדיקות הריון)
- 3.6 מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון ב/ה השתתף המבוטח.
- 3.7 מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 3.8 מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי, אף אם ויתר על זכות זו.
- 3.9 טיסה בכלי טייס מכל סוג שהוא, בין אם ממונע ובין אם לאו (למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות), רכיפה, דאייה, גלישה אווירית, צניחה, סקי או צלילה.
- 3.10 טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על

- טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הליסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.
- 3.11 טיפולים ו/או ניתוחים הקשורים בשניים וחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי. חריג זה לא יחול על סעיף 2.21 לפרק ה'.
- 3.12 ניתוח/ השתלה/ טיפול מיוחד הקשור במישרין או בעקיפין במטרת יופי ו/או אסתטיקה, ללא אינדיקציה רפואית מובהקת, לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה וקיצור קיבה (Gastroplasty), אלא אם הצורך בנייתח לקיצור קיבה הינו עפ"י צורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת.
- 3.13 הקרנות ו/או טיפולים כימותרפיים ו/או אונקולוגיים ו/או טיפול היפותרמי. חריג זה לא יחול על סעיף 2.20 לפרק ה'.
- 3.14 רפואה אלטרנטיבית לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפותרמיה וטיפולים לא קונבנציונליים. חריג זה לא יחול על כתב השירות לרפואה משלימה.

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

5. הודעות:

- 5.1 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
בעל הפוליסה: קיבוץ נען
קיבוץ נען, 76829
- 5.2 המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות
ת.ד. 927
רמת גן 6100802
- 5.3 כל שינוי בתנאי הפוליסה, לפי בקשת המבוטח או בעל הפוליסה בהתאם לאמור בפוליסה זו ובכפוף להסדר התחיקתי, ייכנס לתוקפו רק אם המבטחת הסכימה לכך בכתב (במקרים שבהם דרושה הסכמתה לפי הפוליסה) ושלחה דף פרטי ביטוח מעודכן. אין באמור לעיל כדי להכשיר מתן הוראה או הודעה אשר אין בסמכותו של נתן ההודעה לתיתן.
- 5.4 בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב בעל הפוליסה או המבוטח או המבטחת לפי העניין, להודיע על כך לצד השני בכתב.
- 5.5 כל הודעה שתישלח בדואר על ידי המבטחת לבעל הפוליסה או למבוטח או על ידיהם למבטחת לפי הכתובת המעודכנת הידועה באותו מועד, תיחשב כהודעה שנתקבלה כדין על ידי הנמען בתוך 72 שעות מזמן הימסר המכתב בדואר ישראל, הכולל את ההודעה.
- 5.6 כל הודעה שתישלח לבעל הפוליסה תיחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח, ובעל הפוליסה מצהיר כי הוא שלוחו/ אפוסטרופסו של מבוטח לצורך משלוח הודה כאמור.

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

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

1. הגדרות:

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

- 1.1 **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע, שהופקו מדם טבורי, תאי גזע מדם היקפי או תאי גזע המופקים מעצמות המבוטח או כל תורם אחר.
- השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי.
- 1.2 **טיפול מיוחד בחו"ל:** ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל, שמתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:
- 1.2.1 הטיפול הרפואי או הניתוח אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי ואין לו טיפול חלופי בישראל.
- 1.2.2 טרם נצבר בישראל ניסיון מוכח בביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי ואין לו טיפול חלופי בישראל.
- 1.2.3 סיכויי ההצלחה בביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה והתפקוד היומיומי לאחר ביצועם, גבוהים משמעותית מביצוע הטיפול בישראל.
- 1.2.4 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד ו/או הניתוח עלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו הרפואי ו/או התפקודי של המבוטח וזמן ההמתנה בחו"ל קצר משמעותית מזמן ההמתנה בארץ.

1.2.5 או לחילופין, ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל המחויב מבחינה רפואית להצלת חיים או להצלת איבר או להצלת השמיעה או הראייה, והוא אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי בישראל הנותן תוצאות דומות. **לצורך הגדרה זו:**

טיפול חלופי - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של המבוטח הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

תוצאות גופניות חמורות יותר - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול ברפואי, לרבות תופעות לוואי הפוגעות באיכות או בשגרת חייו של המבוטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו אחד או יותר מאלה:

- 2.1 **מקרה הביטוח בהשתלה -** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה.
- 2.2 **מקרה הביטוח בטיפול מיוחד -** מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד.

3. תנאים מוקדמים להתחייבות המבטחת:

- 3.1 **לגבי מקרה ביטוח של השתלה, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**
- 3.1.1 **רופא מומחה בישראל, בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש, קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.**
- 3.1.2 **ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.**
- 3.1.3 **ההשתלה תבוצע בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 (להלן: "חוק השתלת איברים").**
- 3.2 **לגבי מקרה ביטוח של טיפול מיוחד, נדרש כי יתקיימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:**

- 3.2.1 רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש קבע, בחוות דעת בכתב, כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל וכי התקיימו במבוטח התנאים המפורטים בהגדרת טיפול מיוחד, וזאת על פי קריטריונים רפואיים מקובלים.
- 3.2.2 הטיפול המיוחד יבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה מדינה.
- 3.2.3 הטיפול המיוחד יעשה עפ"י אמות מידה אתיות המקובלות במדינה בה יבוצע.

4. תנאים מהותיים להתחייבות המבטחת:

4.1 עם היוודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, המחייב קבלת טיפול, יודיע המבוטח על כך בכתב למבטחת ויקבל את אישורה מראש ובכתב לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו. קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על פי תכנית ביטוח זו. בוצע/ה במבוטח השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, ללא קבלת אישור המבטחת מראש ובכתב כאמור, **תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות המוכרות, כפי שהיו, לו היו ההשתלה או הטיפול המיוחד מבוצעים בבית חולים אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.**

4.2 הוראות מיוחדות לעניין ביצוע השתלה:
 תכנית ביטוח זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:
 4.2.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.
 4.2.2 מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

5. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של השתלה:

5.1 במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שבהסכם, תשלם המבטחת את השיפוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.4 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות"), בגין ביצוע ההשתלה, ישירות לנותן השירות שבהסכם.

סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,500,000 ש"ח. סכום השיפוי המירבי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת אינו מוגבל, ובלבד שההשתלה נעשתה אצל נותן שירות שבהסכם כאמור לעיל.

המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבובות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).

5.2

במידה וההשתלה בוצעה על ידי נותן שירות שלא בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות אשר ניתנו לו לצורך ההשתלה. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור השתלת איבר מלאכותי לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 2,500,000 ש"ח. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין סך ההוצאות המוכרות עבור כל השתלה אחרת לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 5,000,000 ש"ח.

המבטחת זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, כולם או מקצתם, מקופת החולים בה חבר המבוטח, בהתאם לחבובות קופת החולים לפי חוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו, ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי).

5.3

מובהר, כי השתלה חוזרת אשר תידרש בעקבות ביצוע השתלה, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

להסרת ספק, במקרה בו יושתלו/ו מח עצמות ו/או תאי גזע מתורם אחר לגוף המבוטח, בעקבות אי הצלחת השתלת מח עצמות ו/או תאי גזע מגופו של המבוטח, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. להסרת ספק, במקרה בו יושתל איבר מלאכותי או איבר מן החי כפרוצדורה הקודמת להשתלת איבר מגופו של המבוטח ו/או מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

5.4

בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור סך הוצאות המוכרות המפורטות להלן וזאת עד לתקרת סכומי הביטוח הנקובים בסעיפים 5.1-5.2, לפי העניין, ובהתאם לתקרות ולתנאים המפורטים להלן בגין כל הוצאה:

5.4.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח, עד סכום ביטוח מירבי בסך 75,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.

5.4.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל עד 365 ימים למקרה ביטוח.

- 5.4.3 תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 5.4.4 תשלום לצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח, עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 5.4.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה והעברה יבשתית, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, עד סכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ש"ח.
- 5.4.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד סכום ביטוח מירבי בסך 1,000 ש"ח ליום, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 50,000 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שההשתלה בוצעה בפועל. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 5.4.8 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה עד 250,000 ₪.
- 5.4.9 תשלום עבור טיפולי המשך הנובעים מביצוע ההשתלה עד לסכום שיפוי מירבי ע"ס 250,000 ₪.
- 5.4.10 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע ההשתלה.
- 5.4.11 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע ההשתלה בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע ההשתלה בחו"ל, עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 100,000 ₪.

5.4.12 הוצאות לאיתור תרומת מח עצם ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או תאי דם טבורי **עד לתקרת סכום ביטוח מירבי בסך 170,000 ש"ח עבור כל הבדיקות המנויות בסעיף זה.**

5.5 בנוסף להוצאות המוכרות המפורטות לעיל, תפצה המבטחת את המבוטח בגין האירועים המפורטים להלן וזאת מעבר לתקרת סכומי הביטוח הנקובה בסעיפים 5.1-5.2 לעיל:

5.5.1 **גמלת מועמד להשתלה בגין מקרה ביטוח למעט השתלת מח עצם עצמית:**

עבור מועמד להשתלה: מבוטח אשר בקרות מקרה הביטוח מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי, יהיה זכאי לגמלה חודשית בסך **7,500** ₪ בגין התקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל **ולא יותר מ- 12 חודשים.**

מבוטח כאמור השוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי **לחלופין** לגמלה חודשית בסך 3,500 ₪ ולמשך תקופה של עד 12 חודשים. **תנאי מוקדם לצורך קבלת הגמלה על פי סעיף זה הינו קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח**

5.5.2 **גמלת החלמה חודשית בגין מקרה ביטוח למעט השתלת מח עצם עצמית:**

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, **למעט השתלת מח עצם עצמית והשתלת מעי**, תשלם המבטחת למבוטח **בחיינו** גמלה חודשית בגובה **7,500** ₪ **למשך תקופה של עד 24 חודשים**, וזאת בתנאי שסך כל התשלומים שתשלם המבטחת על פי סעיף 5.4 לעיל, לא יעלה במצטבר על סך תגמולי הביטוח בגין השתלה, כמפורט בסעיפים 5.1-5.2.

5.6 **אפשרות פיצוי חד פעמי בגין השתלה**
פיצוי חד פעמי בגין השתלה בחו"ל שבוצעה ללא מעורבות המבטחת:

5.6.1 בוצעה במבוטח השתלה בחו"ל, **למעט השתלת מח עצם עצמית**, שהמבטחת לא השתתפה במימונה, בין בתשלום ישירות לנותן שירות, בין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו

ובין אם בתשלום לקופת החולים ו/או לגורם אחר, יהיה המבוטח זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 350,000 ש"ח. 5.6.2

קבלת הפיצוי כאמור, הינה בכפוף לכך שהמבוטח עבר את ההשתלה בהתאם להוראות חוזר ביטוח 1-1-2009 והוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את המבטחת בגין ההשתלה על פי פרק זה, המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.

למען הסר ספק, יובהר כי בעת קרות מקרה ביטוח, יהיה זכאי המבוטח לבחור ולהודיע על בחירתו בכתב למבטחת, אך ורק מבין שתי האפשרויות לקבלת תגמולי ביטוח, לפי סעיפים 5.5-5.1 לעיל, או על פי סעיף 5.6 זה. קיבל המבוטח פיצוי בגין מקרה ביטוח על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי ו/או פיצוי על פי פרק זה.

6. התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של טיפול מיוחד:

- 6.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות בסעיף 6.3 להלן, שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים שניתנו לו לצורך הטיפול המיוחד, להוציא כל החבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות והתקנות שנחקקו מכוחו ובכפוף לאמור בסעיף 15 לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות (מקרה ביטוח המכוסה גם על ידי צד שלישי), במקרה זה תשפה המבטחת את המבוטח לפי הוצאותיו והיא זכאית לשיבוב הסכומים ששילמה, כאמור, מקופת החולים הרלוונטית. סכום השיפוי שתשלם המבטחת בגין הטיפול המיוחד לא יעלה על סכום ביטוח מרבי בסך 1,000,000 ₪.
- 6.2 מובהר כי טיפול מיוחד חוזר אשר יידרש בעקבות ביצוע טיפול מיוחד, כפעולה ראשונית, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.
- 6.3 בקרות מקרה הביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות בגין הטיפול המיוחד עד לתקרה הקבועה בסעיף 6.1 לעיל, כמפורט דלקמן ותישא בהחזרים הבאים:
- 6.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח עד לסכום שיפוי מירבי בסך 75,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.
- 6.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל עד 365 ימים.

- 6.3.3 תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבטח תוך כדי ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.4 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך הטיפול המיוחד, בטיסה מסחרית רגילה, של המבטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים, ובחזרה. היה המבטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.5 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות שיבה לישראל, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל ו/או לישראל בטיסה מסחרית רגילה, עד לסכום שיפוי מירבי בסך **75,000 ש"ח**.
- 6.3.6 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבטח ומלווה אחד במקום ביצוע הטיפול אך לא יותר מסכום שיפוי מירבי בסך **1,000 ש"ח ליום ועד 50,000 ש"ח למקרה ביטוח, ובלבד שהטיפול המיוחד בוצע בפועל**. היה המבטח קטין, שגילו נמוך מ – 18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטורופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגים, בהתאם לאמור בסעיף זה.
- 6.3.7 תשלום עבור העברת גופת המבטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול המיוחד.
- 6.3.8 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל - עד לתקרת כסום ביטוח מירבי בסך **100,000 ש"ח**.

7. פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מהשתלה או מטיפול מיוחד

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

תרופות מיוחדות

כיסוי לתרופות מחוץ לסל הבריאות, והוצאות נלוות

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

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן

המשמעות שלצידם:

- 1.1 בית מרקחת:** מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן – "נותן השירות").
- 1.2 המדינות המוכרות:** ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.3 השתתפות עצמית ברכישת תרופות:** סכום שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן למבוטח לתקופה של חודש, ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.
- 1.4 טיפול תרופתי:** נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.5 מחיר מרבי מאושר:** הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. **לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.**
- 1.6 מרשם:** מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום

בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.

1.7

סרטן (Cancer): נוכחות גידול של תאים ממאירים, הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. תחת הגדרה זו תכלול מחלת סרטן מסוג לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

הגדרת סרטן בתכנית ביטוח זו לא תכלול: גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ (למעט Carcinoma in Situ בשד), דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומם ממאירים; מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצוציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג: Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma; מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS; סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל); לויקמיה לימפוציטית כרונית עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell-lymphocytes/ul; ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה; פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית; גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי; T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.

1.8

רופא מומחה: רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.9

רשימת התרופות המאושרות: רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים (נוסח חדש), התשמ"א – 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו – 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.10

תרופה: חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה ואשר נכלל ברשימת התרופות המאושרות ו/או אושר ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

"הגדרת תרופה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"

1.11 תרופה OFF LABEL: תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, **ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:**

- 1.11.1 פרסומי ה-FDA
- 1.11.2 American Hospital Formulary Service Drug Information
- 1.11.3 US Pharmacopoeia - Drug Information
- 1.11.4 Drugdex (Micromedex), **ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):**
 - 1.11.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 - 1.11.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B
 - 1.11.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa
- 1.11.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:
 - 1.11.5.1 NCCN
 - 1.11.5.2 ASCO
 - 1.11.5.3 NICE
 - 1.11.5.4 Esmo Minimal Recommendation

1.12 תרופת יתום: תרופה לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, אשר אושרה והוכרה כתרופת יתום/ כתרופה יתומה ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח **למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.**

2. מקרה הביטוח:
מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי.

תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, בקרות מקרה ביטוח, לאחר כניסת התכנית לביטוח ולתוקף ולאחר תום תקופת האכשרה, בגין רכישת אחת או יותר מהתרופות הבאות:

- 2.1 תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
תרופה אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.
- 2.2 תרופה, הכלולה בסל שירותי הבריאות, בכפוף לאמור להלן:**
תרופה אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות. יובהר כי תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.
- 2.3 תרופה OFF LABEL** כהגדרתה לעיל.
- 2.4 תרופת יתום כהגדרתה לעיל**, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות.

3. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת:

- 3.1** המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.
- 3.2** מובהר, כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי.
- 3.3** לא קיימה חובת המבוטח להודיע למבטחת על קרות מקרה הביטוח בטרם רכישת התרופה, לא תהא המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קיימה החובה.
הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 3.3.1 במידה והחובה לא קיימה מסיבות מוצדקות.
- 3.3.2 אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטחת את בירור חבותה ולא הכביד על הבירור.
- 3.4** רכש המבוטח תרופה שרכישה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תגמולי הביטוח אשר תשלם המבטחת למבוטח, יהיו עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת, לו היתה נמסרת לה הודעה מראש ובלבד שהסכום שתשלם המבטחת למבוטח לא יעלה על גובה ההוצאות, כפי שהיו לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי תכנית ביטוח זו.
- 3.5** בכל מקרה בו בחרה המבטחת לשלם ישירות לספק השירות עבור התרופה, עלות רכישת התרופה משמעה- הסכום ששילמה המבטחת

בפועל לספק השירות על פי ההסכם עם ספק השירות, ובלבד שהסכום לא יעלה על סכום השיפוי המירבי הקבוע לתקופת ביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן.

3.6 יובהר, כי המבטחת איננה חייבת להתקשר עם ספק שירות, ואם היא בחרה להתקשר עם ספק שירות, אין היא מחוייבת להשיג את המחירים המוזלים ביותר לרכישת התרופה.

4. התחייבויות המבטחת:

4.1 הוצאות רכישת תרופה:

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

4.1.1 בגין רכישת תרופות המפורטות בסעיף 2 לעיל, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות, שהוצאו בפועל, לרכישת התרופות עד סכום שיפוי מירבי בסך 3,000,000 ₪ מתחדש כל 36 חודשים. יובהר כי אין הגבלה למספר מקרי הביטוח המכוסים בתקופת ביטוח.

4.1.2 השתתפות עצמית:

4.1.2.1 החזר הוצאות בגין רכישת תרופה, בין אם הרכישה בוצעה על ידי המבוטח ובין אם באמצעות המבטחת, ישולמו בניכוי השתתפות עצמית בסך של 150 ₪ כמפורט בסעיף 1.3 לעיל. תרופה אשר עלותה מעל 600 ₪ בחודש, תהא ללא השתתפות עצמית.

5. כיסויים נלווים:

5.1 שיפוי בגין עלות השירות:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות, עד לסכום שיפוי בסך 350 ₪ ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה יינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיף 4.1.

6. חריגים מיוחדים:

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

- 6.1 תרופה מתחום הרפואה המשלימה.
- 6.2 תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.
- 6.3 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 6.4 תרופה לטיפול שיניים.
- 6.5 תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.
- 6.6 תרופה לטיפול בהשמנת יתר.
- 6.7 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון / תזונה.
- 6.8 טיפול תרופתי מונע למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או לנשאות של HIV/ ואו טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).
- 6.9 תרופות שנרכשו לאחר תום תקופת הביטוח

7. תביעות:

- 7.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות **בכפוף לתנאים שלהלן:**
- 7.1.1 המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
 - 7.1.2 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

8. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 8.1 שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-180 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.

חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה **בכפוף להוראות תכנית ביטוח זו**.

8.2

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

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

1. הגדרות:

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

- 1.1 טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי, אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול מחליף ניתוח צפוי להביא, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח; **ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.**
- 1.2 ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 1.3 שירותים רפואיים הקשורים בניתוח:** שכר מנתח בבית חולים, שכר רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ואשפוז עד **30 ימים בבית חולים כולל אשפוז טרום ניתוח.**

2. מקרה הביטוח:

- 2.1 ניתוח בחו"ל:** מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר המבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל **ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.**
- מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.**
- 2.2 טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:**
- 2.2.1 מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח כמפורט בסעיף 2.1.
- מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו אובחן במבוטח בישראל, בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, הצורך בניתוח.**

2.2.2

קרה מקרה הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח על פי תנאי תכנית ביטוח זו, ובכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

2.2.2.1 רופא מומחה בישראל קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

2.2.2.2 הטיפול המחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול, לבצע את הטיפול מחליף ניתוח במבוטח (להלן: **נותן הטיפול המחליף ניתוח**).

2.2.2.3 הטיפול המחליף ניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, ובלבד שבית החולים או המרפאה, בחו"ל, מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

3. תנאים מוקדמים להתחייבויות המבטחת:

3.1 **ביצוע הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח אושרו מראש ובכתב על ידי המבטחת, לרבות מועד ביצוע הניתוח או טיפול המחליף ניתוח ובכפוף למפורט בתנאים הכלליים.**

בוצע במבוטח ניתוח או טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, **תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, בהתאם למפורט בסעיף 4.1.2 להלן.**

3.2 המבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח. במידה ולא מתקיים במבוטח תנאי זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל.

3.3 למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום ואינה כוללת ביטוח נסיעות לחו"ל.

4.

התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח שהינו ניתוח בחו"ל:

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

4.1 שירותים רפואיים הקשורים בניתוח:

4.1.1 **ניתוח שתואם ואושר מראש מול המבטחת - תשפה**
המבטחת את המבוטח בגין מלא ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כהגדרתם בסעיף 1.4 לעיל.

4.1.2 **ניתוח אשר ביצעו לא תואם ואושר מראש מול המבטחת -**
תשפה המבטחת את המבוטח בגין שירותים רפואיים הקשורים בניתוח כהגדרתם בסעיף 1.4 לעיל שהוצאו בפועל, וזאת עד תקרה של 200% מהסכום הקבוע עבור אותו ניתוח שבוצע במבוטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטחת.

4.2 **שתל- בוצע במבוטח ניתוח בבית חולים, ובמהלך הניתוח הושתל/ו**
במבוטח שתל/ים כלשהו/כלשהם, תשתתף המבטחת בעלות השתל/ים הנ"ל עד לסכום ביטוח מירבי בסך 60,000 ש"ח לאותו הניתוח.

4.3 **שכר אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי לאחר ניתוח- המבטחת**
תחזיר למבוטח הוצאות העסקת אחות פרטית או פיזיותרפיסט פרטי בבית החולים במהלך ימי האשפוז הרציפים שלאחר הניתוח, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 650 ש"ח בגין כל יום אשפוז, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

4.4 **שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים- המבטחת תחזיר**
למבוטח סכום שלא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מד"א בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

4.5 התייעצות עם מומחה בחו"ל לפני ניתוח:

4.5.1 מקרה הביטוח בסעיף זה: מצבו הבריאותי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח, שבעטיו התייעץ המבוטח עם רופא מומחה בחו"ל;

4.5.2 המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא עבור התייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוציא כאמור, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי בסך 4,000 ש"ח להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת עם רופא מומחה בחו"ל לפני ניתוח במהלך שנת ביטוח.

4.5.3 בנוסף, בכפוף לאישור זכאות, תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס נסיעה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו היעד, בטיסה דירה ובאותו המועד, עד לתקרת סכום של 3,200 ₪.

4.6 **הוצאות נוספות במקרה של ניתוח הנדרש עקב סכנה לחיי המבוטח או לשם מניעת נכות בדרגה של 50% ומעלה, כפוף להשתתפות עצמית ע"ס 10,000 ₪**

בנוסף לאמור בסעיפים 4.1-4.7 לעיל, תשתתף המבטחת בכיסוי ההוצאות המפורטות להלן:

4.6.1 **כיסוי להוצאות הטסה:**

תישא המבטחת בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

4.6.2 **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**

תחזיר המבטחת למבוטח את הוצאות שהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% מסך כל ההוצאות שהוצאו כאמור, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 900 ש"ח ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות שהייה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של

הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.

4.6.3 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

מבוטח, אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל לישראל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה על סך של 100,000 ש"ח למקרה ביטוח.

4.7 הוצאות לאחר ניתוח

4.7.1 ריפוי בעיסוק עקב ניתוח:

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

4.7.2 הוצאות החלמה בעקבות ניתוח:

בוצע במבוטח ניתוח, המכוסה בתכנית ביטוח זו, אשר משך האשפוז שלו עלה על 7 ימים רצופים, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות ההחלמה של המבוטח במוסד הבראה עד לסכום ביטוח מירבי בסך 800 ש"ח לכל יום ולתקופה שלא תעלה על 8 ימים, וכן בתנאי שטרם חלפה תקופה של 30 ימים ממועד שחרור המבוטח מבית החולים בו בוצע הניתוח.

4.7.3 שיקום כושר הדיבור:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שיקום כושר הדיבור שבוצעו ע"י קלינאי תקשורת מורשה ע"פ הוראת רופא מומחה בתחום הרלוונטי בהיות המבוטח במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור בעקבות הניתוח, עד סכום ביטוח מירבי בסך 180 ש"ח לטיפול עבור 12 טיפולים לכל היותר, בהשתתפות עצמית של 20% מסך

ההוצאה בגין הטיפול, שישולמו עבור כל טיפול ולתקופה שלא תעלה על 180 יום לאחר ביצוע הניתוח.

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

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

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

6.1.2 שיפוי מירבי בסך 250,000 ש"ח.

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

7. **התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:**
המבטחת תשפה את המבוטח, באופן מלא וישיר אצל נותן השרות שבהסכם, או כנגד קבלות, שימציא לה המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן,

שהוצאו בפועל בגין מקרה ביטוח, ובלבד שסך תגמולי הביטוח אותם תשלם המבטחת לא יעלה על סכום השיפוי המרבי המפורט בסעיף 6.1 לעיל:

- 7.1 שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.
- 7.2 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.
- 7.3 הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

8. תגמולי ביטוח

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

9. חריגים מיוחדים

- 9.1 בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם: בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקות/ הזרקות, הזלפות, בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח ובדיקות סקר למיניהן.
- 9.2 ניתוחי או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים ובלבד שמקורם דנטלי וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 9.3 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.
- 9.4 ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות
- 9.5 טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומיאופטיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה, רפלקסולוגיה,

כירופרקטיקה, שיאצו, אקופרסורה, אוריקולוטרפיה ואירידוטרפיה,
וכן טיפולי פיזיותרפיה וטיפולים כימוטרפיים.

לא יינתן כיסוי לטיפולים חלופיים שלא יבוצעו ע"י נותן הטיפול החלופי כהגדרתו
בסעיף 1.4 לעיל ו/או במרפאות שאינן רשומות בפנקס המרפאות ו/או ע"י נותני
טיפול חלופי ו/או מרפאות אשר אינם בעלי רישיון תקף ע"י הרשויות המוסמכות
בישראל לבצע את הטיפול החלופי שבוצע במבוטח.

פרק ד' - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון

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

1. הגדרות

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

1.1.1. בית חולים פרטי - אחד מאלה:

1.1.1.1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

1.1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

1.2. הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/ או התייעצויות כהגדרתן בתכנית ביטוח זו.

1.3. הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.

1.4. הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד התייעצות הרפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.

1.5. התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;

1.6. טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

1.7. מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת.

- 1.8. מרפאה כירורגית פרטית - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם¹, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;**
- 1.9. נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, מנתח ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ו/או בהסדר התייעצויות ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המנתח ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**
- יובהר כי רשימת נותני השירות בהסדר מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת.**
- בטרם ביצוע הליך רפואי באמצעות נותן שירות בהסדר יש לוודא באתר האינטרנט של המבטחת ו/או במוקד השירות בטלפון- 2000 * כי נותן השירות הינו בהסדר עם המבטחת וכן לפעול בהתאם להוראות סעיפים 2.3-2.4 להלן.**
- 1.10. ניתוח – פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;**
- 1.11. קופת חולים- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.**
- 1.12. רופא מומחה - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;**
- 1.13. שתל- כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**
- 1.14. תכנית השב"ן- תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.**

1.15. תקופת אכשרה - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה (תכנית ביטוח זו); תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח:

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

3.1. התייעצויות

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

לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 900 ₪ להתייעצות.

3.2

שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר
 3.2.1 המבטחת תכסה את מלא עלות שכר מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

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

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

3.3

טיפול מחליף ניתוח

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

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

4. תקופת אכשרה
- 4.1. תקופת האכשרה עבור מבוטחים חדשים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.
- 4.2. על אף האמור בסעיף 4.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
5. חריגים מיוחדים
- המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:
- מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- 5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.2.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 5.2.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 5.4. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.5. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

- 5.6. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוסס בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.7. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.8. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בפרק ב', סעיף 2 לתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ה' – שירותים אמבולטוריים

1.

הגדרת מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים להלן אשר יינתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתנאי הזכאות המפורטים בכל סעיף בנפרד.

2.

פירוט הכיסויים:

2.1. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח:

בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אחר אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים תקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיניו אושפז לתקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, תשתתף המבטחת בהוצאות החלמה/ שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בגובה 80% מההוצאה בפועל ולא יותר **650** ₪ ליום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י גותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

2.2. טיפול פיזיותרפי או הידרותרפיה לאחר ניתוח:

המבטחת תשפה את המבוטח, עבור טיפולים פיזיותרפיים אשר יבוצעו ע"י פיזיותרפיסט, בשיעור של 80% מעלות כל טיפול ולא יותר מ-110 ₪ לטיפול. השיפוי יינתן בעבור לא יותר מ- 16 טיפולים לאחר ובסמוך לניתוח אשר בוצע במבוטח.

2.3. טיפול פיזיותרפי לאחר שברים שטופלו בניתוח:

יכוסו עד 5 טיפולים לאחר ובסמוך למועד קרות השבר, בהשתתפות עצמית של 20% מעלות כל טיפול, עד 110 ₪ לטיפול.

2.4. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח:

המבטחת תשפה את המבוטח עבור הוצאות בגין התעמלות שיקומית בעקבות אירוע לב או אירוע רפואי אחר המהווה מקרה ביטוח או הכרוך במקרה ביטוח,

והמצריך התעמלות שיקומית על פי הפניה מפורשת מרופא מומחה. גובה ההחזר יהיה 80% מההוצאות אותן הוציא המבוטח בפועל, ועד 200 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 12 חודשים ממועד האירוע.

2.5. מנוי למשדר קרדיולוגי לאחר ניתוח:

המבטחת תשפה את המבוטח בגובה 80% מההוצאות בפועל עבור דמי המנוי לשרות משדר קרדיולוגי עד לסכום שיפוי מרבי ע"ס 180 ₪ לחודש לתקופה מירבית של 24 חודש. הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדיולוגי אשר הינו אחד מאלה:

- א. המבוטח הנו סמוך לאחר אוטם שריר הלב, או אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית.
- ב. אובחן במבוטח צורך בניתוח לב
- ג. המבוטח סבל מהפרעות קצב חדיריות המסכנות את חייו.

2.6. התייעצות בארץ שלא לפני ניתוח:

- 2.6.1. **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח (שלא לפני ניתוח), שבעטיו התייעץ המבוטח, במהלך תקופת הביטוח, עם רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.
- 2.6.2. **התחייבות המבטחת:** המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, ולכל היותר 1000 ₪ להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות במהלך שנת ביטוח.

2.7

התייעצות כאשר נתגלתה במבוטח מחלה קשה:

2.7.1 **מקרה הביטוח:** מצבו הבריאותי של המבוטח אשר נתגלתה בו אחת

המחלות הקשות הבאות, שבעטיה התייעץ המבוטח, במהלך תקופת הביטוח, עם רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחומו.

2.7.1.1 **סרטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים

הגדלים באופן בלתי מבוקר וחוזרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות לרבות מחלת הלויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

2.7.1.2 **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)**

- חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך – צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליה.

2.7.1.3 **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי),

המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות והכולל נמק של רקמת המוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ – מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. **שבץ מוחי לא יכלול אי ספיקה ורטברו - בזילרית ו - TIA.**

2.7.1.4 **התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)** –

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או חסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

2.7.1.5 **השתלות אברים**

2.7.1.6 **נכות מלאה ותמידית**

2.7.2 **התחייבות המבטחת:** המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה

ההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר 1000 ₪ להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות בגין כל מחלה קשה.

2.8

פיצוי לאירועים הקשורים באשפוז

2.8.1 **הגדרת אשפוז:** שהייה רצופה מעל 10 ימים של המבוטח בבית חולים פרטי או ציבורי בישראל, במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקות אשפוז.

2.8.2 **מקרה הביטוח:**

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב אשפוז בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח כתוצאה ישירה ובלעדית מתאונה או מחלה.

2.8.3 **התחייבויות המבטחת בגין אשפוז כתוצאה ממקרה הביטוח:**

2.8.3.1 אושפז המבוטח כתוצאה ממקרה הביטוח לתקופה

העולה על עשרה ימי אשפוז ברציפות, תשלם המבטחת למבוטח פיצוי חד פעמי בסך **1000 ש.**

2.8.3.2 למרות האמור בסעיף 2.8.3.1, **מבוטח מתחת לגיל**

18, יהיה זכאי לפיצוי בסך **200 ש** לכל יום אשפוז החל מהיום השני לאשפוז.

2.8.3.3 הפיצוי המירבי המצטבר במהלך תקופת הביטוח

לגבי כל מקרי הביטוח שיארעו למבוטח במהלך תקופת ביטוח של חמש שנים, לא יעלה על **5000 ש** בסך הכל.

2.9

מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS:

למרות האמור בסעיף 3.6 לפרק ב' – החריגים הכלליים לפוליסה, חלה המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח, יהא המבוטח זכאי למענק חד פעמי מהמבטחת בגובה **450,000 ש.**

2.10

מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B או C:

חלה המבוטח בהפטיטיס B או C כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח, יהא המבוטח זכאי למענק חד-פעמי מהמבטחת בגובה **60,000 ש.**

2.11

בדיקות רפואיות אבחנתיות:

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע בדיקות אבחנתיות במכון רפואי מוסמך ומאושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל, לערוך בדיקות אבחנתיות: בדיקות אבחון, מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות רדיולוגיות כמו אולטרה סאונד, תהודה מגנטית, טומוגרפיה ממוחשבת בדיקות הדמיה,

מיפוי, MRI CT PET וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

המבטחת תשפה את המבוטח בגובה 80% מעלות ההוצאות הממשיות או 150 ₪, הגבוה מביניהם, אשר הוציא המבוטח אך לא יותר מ-6,000 ₪ בגין כל שנת ביטוח.

2.12. הפריה חוץ גופית:

ביצוע טיפול הפריה חוץ גופית אשר בוצע, על פי הפניה של רופא מומחה במחלקת ליקויי פריון, למבטחת אשר נולדו לה עוד לפני הטיפול, שני ילדים לפחות ושארף לא אחד מילדיה נולד באמצעות טיפול הפריה חוץ גופית. על אף האמור בסעיף 3.5 לפרק ב' – החריגים הכלליים לפוליסה, תשפה המבטחת את המבוטחת בגין הטיפול ברפואי המסתיים בהפריית ביצית ע"י זרע במעבדה והחזרת הביצית לגוף האישה **בשיעור של 75% מעלות הטיפול ולא יותר מ-6,700 ₪ לכל סדרת טיפולים.** המבטחת תהא זכאית לשני טיפולי הפרמיה חוץ גופית לכל תקופת הביטוח.

2.13. בדיקות הריון:

2.13.1. סיקור גנטי למומים מולדים:

המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין הסיקורים הגנטיים שעבר **ולכל היותר 1,000 ₪.** כאשר על פי קביעת גנטיקאי עבר המבוטח בבית חולים בדיקה/ות לגילוי גנים נשאים למחלות, כגון: מחלת גושה, סיסטיק פיברוזיס (C.F), תסמונת ה-X- השביר, קנוון ועוד.

2.13.2. סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי:

המבטחת תשלם למבוטחת אשר גילה בין 31 ל- 35 שנים, ואשר לפי המלצת גנטיקאי עברה בדיקת מי שפיר/ סיסי שליה, תגמולי ביטוח בגין 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת בגין הסיקור הגנטי שעברה **ולא יותר מ-1,000 ₪.**

2.13.3. סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר:

על אף הקבוע בסעיף 6.1 בתנאים הכלליים, תשלם המבטחת למבוטחת תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות

בפועל אשר הוציאה המבוטחת, ועד 1,000 ₪, כאשר על פי הפנית גינקולוג עברה המבוטחת אצל גינקולוג סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר. המבוטחת תהא זכאית לסריקת מערכות אחת בכל הריון.

2.13.4. השיפוי בגין כלל הבדיקות, המפורטות בתת סעיפים 2.16.1-2.16.3, אותן תבצע המבוטחת בהריון אחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי בגובה 3,000 ₪ לכלל מקרה הביטוח הקשורים בהריון אחד.

2.14. אשפוז כתוצאה מסיבוכי הריון:

מבוטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופה רציפה העולה על 10 ימים, תהא זכאית לפיצוי בסך 100 ₪ ליום אשפוז ולכל היותר 5,000 ₪ להריון, החל מהיום ה- 11 לאשפוז הרציף.

2.15. בדיקות לרפואה מונעת מעל גיל 50:

בדיקת ממוגרפיה, פאפ סמיר, צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, בדיקת אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר. מבוטח מעל גיל 50 יהא זכאי לכיסוי 80% מההוצאות הממשיות בפועל, אשא הוציא בגין בדיקות לרפואה מונעת כהגדרתן לעיל ולא יותר מ- 280 ₪. המבוטח יהיה זכאי ל3 בדיקות במהלך תקופת הביטוח.

2.16. בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:

2.16.1. מקרה הביטוח:

לאחר שבדיקה פתולוגית קבעה את ממאירותו של גידול (שהוצא מגופו של המוטב על ידי ביופסיה או בדרך אחרת), נשלח הגידול, על פי המלצת רופאו האישי של המוטב, לעריכת סדרה של בדיקות, שמטרתיהן מצוינות להלן:

2.16.1.1. חיזוי המחלה (עד כמה הגידול הינו אגרסיבי)

2.16.1.2. סיכוי הישנות המחלה

2.16.1.3. סיכויי התפשטות המחלה

קביעת דרכי הטיפול במחלה תוך שימוש במרקרים הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק איזה טיפול ימגר את המחלה, אודות הטיפולים אליהם המחלה עמידה וכיו"ב: DNA

Ploidy / Cell Cycle Analysis, KI - 67, Mib - 1, Estrogen Receptor (ER), Progesterone Receptor (PgR), Her - 2 / neu, Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR), Angiogenesis, Cathepsin D, MDR, p53, Retinoblastoma Protein (Rb)

2.16.2 תגמולי הביטוח:

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע הבדיקות במעבדה מוכרת המורשית על ידי משרד הבריאות לבצען, עד לסכום מירבי של 5,000 ₪ לכל חמש שנים ממועד תחילת הביטוח.

2.17 טיפולים כימותרפיים ו/או רדיותרפיים:

מבוטח הנזקק לטיפולים כימותרפיים ו/או רדיותרפיים, יהיה זכאי זכאי לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע הטיפולים במכון מורשה על ידי משרד הבריאות לבצען, עד לסכום מירבי של 10,000 ₪ לשנת ביטוח ובהשתתפות עצמית של 20% מעלות הטיפול.

2.18 עקירה כירורגית וניתוח חניכיים:

2.18.1 עקירה כירורגית: הוצאת שן אשר מחייבת הפשלת מטלית

רקמה רכה, הורדת עצם מכתשית ותפרים. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני ואחרי העקירה.

אם באותה ישיבה נעקרו כירורגית מספר שיניים תחשב עקירה אחת לעקירה כירורגית ושאר העקירות לעקירת שן נוספת. קביעת רופא של המבטחת באמצעות הצילומים היא הקובעת בקשר לצורך ולתשלום עבור עקירה כירורגית.

מבוטח הנזקק לביצוע עקירה כירורגית, כהגדרתה לעיל, יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע הטיפולים, במרפאת שיניים מורשית, עד לסכום של 280 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית גבוהה 25% מעלות הטיפול.

2.18.2 ניתוח חניכיים: ניתוח מטלית כולל ניתוח עצם והשתלת

חניכיים שמטרתו הקטנת עומק הכיסים ו/או פגמים פתולוגיים ברקמה הגרמית ו/או הרכה והכולל הרמת מטלית. המבטחת תכסה ניתוח מטלית פעם אחת בתקופת הביטוח לכל 1/4 פה.

מבוטח הנזקק לביצוע ניתוח חניכיים, כהגדרתו לעיל, יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע הטיפולים, במרפאת שיניים מורשית, עד לסכום של 500 ₪, בכפוף להשתתפות עצמית גבוהה 25% מעלות הטיפול.

2.19. אבחון הפרעות קשב וריכוז:

ילדים עד גיל 18, יהיו זכאים לשיפוי בגין ביצוע אבחון הפרעות קשב וריכוז, על ידי מכון מוכר ומאושר, בגובה 1,000 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית ע"ס 25%. (אבחון לרבות, בדיקת רופא נירולוג ומבחן TOVA מוחשב)

2.20. אחות פרטית ללא קשר לביצוע ניתוח:

שיפוי בסך 200 ש"ח ליום ועד 14 ימים בשנה בגין הוצאות השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו, ללא קשר לבצוע ניתוח. זאת בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20% מההוצאות בפועל.

2.21. חוו"ד שניה לבדיקת פתולוגית

המבטחת תשלם ישירות לנותן השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה, ולכל היותר מ-4,500 ₪ לתקופת. כפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

2.22. טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח כנגד קבלות בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, שיפוי בסך 4,000 ₪ לטיפול בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 25%.

2.23. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי:

המבטחת תשתתף 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) ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה שיפוי עד לסכום של 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

אביזרים רפואיים

2.24

2.24.1 מקרה הביטוח:

רכישת/שאלת אביזרים/ מכשירים רפואיים, על פי הוראת רופא, בעקבות תאונה שקרתה מבטוח **במהלך תקופת הביטוח** על פי תכנית ביטוח זו. מועד קרות מקרה הביטוח לעניין סעיף זה הינו מועד קרות התאונה.

2.24.2 התחייבויות המבטחת בקרות מקרה הביטוח:

שיפוי עד 1,000 ₪ לאבזר לתקופה של 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

2.24.3 רשימת האביזרים: החזר לאביזרים הבאים: פאה לחולה

אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

חדר מלח

2.25

המבטחת תשתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להפניית רופא מומחה. ינתן שיפוי בגין ההוצאות שהוציא המבטוח בפועל ועד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנה לטיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור.

שיקום הליכה

2.26

המבטחת תשלם ישירות לספק השירות או תשפה את המבטוח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבטוח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. טיפולים אלו יכוסו עד לסך של 7,000 ₪ לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בשיעור של 20%.

פרק ו' - כתב שירות – רפואה משלימה

1. מבוא

- 1.1. המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, ובלבד שתכנית הביטוח בתוקף במועד קבלת השירותים.
- 1.2. השירותים הניתנים על פי כתב שירות זה ניתנים על ידי ספק השירות, שאינו החברה, והם ניתנים בתנאים ובמגבלות המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.3. כל האמור בנספח שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 1.4. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמנה לצורך פרשנות.

2. הגדרות

- בכתב שירות זה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
- 2.1. "החברה" – מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 2.2. "ספק השירות" או "הספק" – פמ"י פרמיום.
- 2.3. "הפוליסה" – הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.4. "מנוי" – אדם ששמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שנרכש בעבורו כתב שירות זה.
- 2.5. "גיל המנוי" – נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת.
- 2.6. "דמי מנוי" – הסכומים שעל המנוי לשלם לחברה מדי חודש בגין כתב השירות, כנקוב בדף פרטי הביטוח, וזאת כתנאי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה ו/או לשיפוי בגינם.
- 2.7. "המועד הקובע" – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
- 2.8. "השירות" או "השירותים" – השירותים המפורטים בסעיף 3 שלהלן, הניתנים בהתאם למפורט בסעיף 5 שלהלן ועל פי הוראותיו, חריגיו וסייגיו של כתב השירות, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.

- 2.9. **"השתתפות עצמית" – סכומים שהמנוי מחויב לשלם, כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.**
- 2.10. **"מוקד השירות" או "המוקד" –** קו טלפון שמספרו הנו **03-5688100** שיפעיל הספק בעבור המנויים, שבאמצעותו יופנו המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה ו/או אליו יפנו המנויים לצורך קבלת שיפוי בגינם. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.
- 2.11. **"דף פרטי הביטוח" –** מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מכתב השירות ושמצוינים בו, בין היתר, פרטי המנוי, סכום דמי הביטוח, המועד הקובע, פרטי ההתקשרות עם ספק השירות ופרטים נוספים הנוגעים לכתב שירות זה.
- 2.12. **"נותן שירות שבהסכם" –** מטפל באחד או יותר מתחומי השירותים, אשר עבר הכשרה לעסוק בתחום הטיפול שבו הוא משמש כמטפל, המספק שירות מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות.
- 2.13. **"רופא" –** מי שרשאי לעסוק ברפואה בישראל בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, **למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.**
- 2.14. **"שנה" ו/או "שנת ביטוח" –** כל תקופה של 12 חודשים רצופים, כאשר השנה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.15. **"תנאים כלליים" –** תנאים כלליים לתוכנית ביטוח אליה מצורף כתב השירות, לרבות, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, התנאים לגבי תקופת הביטוח ומועד כניסת הביטוח לתוקף. התנאים הכלליים המצורפים לכתב השירות מהווים חלק בלתי נפרד מכתב שירות זה.
- 2.16. **"תקופת אכשרה" –** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ונמשכת **90 יום**. המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה. למען הסר ספק, מובהר כי המנוי יחויב בתשלום דמי מנוי בגין תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם בה יצורף המנוי לכתב שירות זה מחדש, לתקופות שירות בלתי רצופות.

3. השירותים

השירותים הכלולים בסעיף זה הינם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:

- 3.1 **אקופונקטורה (דיקור סיני)**- טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
 - 3.2 **רפלקסולוגיה**- טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
 - 3.3 **שיאצו**- לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
 - 3.4 **אוסטאופתיה**- טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
 - 3.5 **כירופרטיקה**- עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
 - 3.6 **הומאופתיה**- שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
 - 3.7 **פלדנקרייז**- טיפול בהקניית הרגלי תנועה נכונים.
 - 3.8 **ביו-פידבק**- טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
 - 3.9 **נטורופתיה**- טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
 - 3.10 **ייעוץ דיאטטי**- התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי
- סידרת הטיפולים לה יאה זכאי המנוי, תכלול עד 16 טיפולים ליחיד ועד – 30 טיפולים למשפחה בשנת ביטוח אחת לטיפול בבעיה הרפואית, בין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים בכפוף לתשלום דמי השתתפות עצמית כמפורט להלן:

4. קבלת השירות מנותן שירות שבהסכם

- 4.1 השירות יינתן על ידי נותן שירות שבהסכם בלבד והמנוי יאה זכאי לבחור את נותן השירות שממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות שבהסכם, כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות.
- 4.2 מוקד השירות יתאם את פגישת הייעוץ הראשונה בתוך 2 ימי עסקים ממועד קבלת פניית המנוי למוקד.
- 4.3 המנוי עצמו יתאם את מועדי סדרת הטיפולים עם נותן השירות שבהסכם שאצלו נערך הייעוץ הראשוני.
- 4.4 רשימת נותני השירותים שבהסכם, תעודכן מעת לעת. רשימת נותני השירות שבהסכם תכלול גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג

- השירות, רשימת נותני השירות בהסכם מופיעה באתר האינטרנט של הספק בכתובת www.femi.com.
- 4.5. המנוי ישלם בעבור שירותיו של נותן השירות שבהסכם **השתתפות עצמית** כמפורט להלן:
- 4.6. סך של **50 ש"ח** בעבור כל טיפול ו/או התייעצות שיבוצעו במרפאת נותן השירות שבהסכם.
- 4.7. כתנאי לקבלת השירות המנוי ישלם את ההשתתפות העצמית לנותן השירות שבהסכם או לספק, כפי שינחה אותו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
- 4.8. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם לשעות העבודה של נותן השירות שבהסכם.
- 4.9. מחויבות הספק לטיפול בפנייה של מנוי לקבלת שירות אצל נותן שירות שבהסכם תסתיים במוקדם מבין שני האירועים האלה:
- 4.9.1. הפניית המנוי לנותן השירות.
- 4.9.2. ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המנוי למוקד השירות.
- 4.10. **מובהר, כי השירותים אינם כוללים הוצאות שהוציא המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.**
- 4.11. **הזכאות לקבלת השירות על פי סעיף הינה לאחר תקופת אכשרה בת 3 חודשים מהמועד הקובע.**
- 5. אופן קבלת השירותים**
- 5.1. מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויציין את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו המנוי נזקק לשירות, ככל שיתבקש.
- 5.2. לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין. בכלל זה יעביר המנוי לספק, באופן שורה לו מוקד השירות, את ההפניה בכתב מהרופא לקבלת השירות בשל מצבו הרפואי כאמור בסעיף 5.1 לעיל.

- 5.3. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
- 5.4. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות לפי כתב שירות זה מתוך רשימה של נותני שירות כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו. הספק מתחייב כי רשימת נותני השירותים שבהסכם תהיה בפריסה ארצית נאותה ותעודכן מעת לעת.
- 5.5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה ינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 5.6. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 5.7. בסיום כל טיפול אצל נותן שירות שבהסכם, יחתום המנוי על ספח ביקורת המאשר את קבלת השירות.
- 5.8. השירות ינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד.
- 5.9. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על ידי נותן שירות שבהסכם על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות ו/או לנותן השירות שבהסכם ו/או לחברה באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד הטיפול. מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות עצמית ולעניין הזכאות למספר מסוים של שירותים.
- 5.10. מוקד השירות יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים.

6. הגבלת אחריות החברה ו/או הספק

- 6.1. הספק מתחייב להתקשר עם נותני שירות שבהסכם שהינם בעלי ניסיון מקצועי נאות ורמת שירות גבוהה. בנוסף, הספק מתחייב לבחון מעת לעת את רמת השירותים שיעניקו נותני השירות למנויים ולסייע ככל שניתן בטיפול בכל בעיה בנושא שירות שתתעורר בין המנויים לבין נותני השירות בקשר לשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 6.2. הספק מתחייב כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים.
- 6.3. החברה ו/או הספק אינם אחראים במקרה של פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.

- 6.4 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים לגבי הוצאות שהוציא מנוי בעבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.
- 6.5 יובהר כי העברת מידע רפואי על המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלה של המידע הרפואי בידי החברה.

7. תוקפו של כתב שירות זה

- 7.1 כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע.
- 7.2 תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך תקופת הפוליסה של המנוי בחברה.
- 7.3 תוקפו של כתב שירות זה יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
- 7.3.1 במועד ביטול הפוליסה, מכל סיבה שהיא.
- 7.3.2 בתום תקופת כתב שירות זה על פי המפורט בדף פרטי הביטוח.
- 7.4 החברה רשאית לבטל את כתב השירות לכלל המבוטחים בהודעה בכתב, במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק, במידה והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.
- 7.5 להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירותים שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.
- 7.6 בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל ממועד כניסת הביטול לתוקף, למעט בכל הנוגע למנוי אשר ממשיך לקבל שירותים לאחר תום תקופת כתב השירות, כמפורט בסעיף 4.5 דלעיל, ואשר ימשיך לשלם פרמיה עד לתום החודש בו קיבל את השירות בפעם האחרונה.
- 7.7 יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירותים שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.
- 7.8 המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה לחברה, באמצעות דוא"ל, חשבון אישי מקוון, פקס או פניה טלפונית והכל בהתאם למפורט באתר האינטרנט של החברה והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי. עם

קבלת הודעת הביטול המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי הביטוח ששילם. מובהר בזאת כי כתב השירות לא יבוטל באופן רטרואקטיבי.

7.9. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל ממועד כניסת הביטול לתוקף, **למעט בכל הנוגע למנוי אשר ממשיך לקבל שירותים לאחר תום תקופת כתב השירות**, כמפורט בסעיף 12.3 דלעיל, ואשר ימשיך לשלם פרמיה עד לתום החודש בו קיבל את השירות בפעם האחרונה.

8. תחולת התנאים הכלליים על כתב השירות

8.1. כל ההוראות בתנאים הכלליים לפוליסה אליה מצורף כתב השירות, יחולו על כתב שירות זה, למעט החריגים המופיעים בפרק ב' לפוליסה.

8.2. כל שינוי ו/או ויתור ו/או סטיה מהאמור בתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין כתב שירות זה אם צוין בכתב שירות זה במפורש.

9. שונות

9.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

מפרט הפוליסה

1. תקופת הביטוח 1.11.2020 ועד 31.10.2025 (5 שנים).
2. מועד תחילת הביטוח – המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/11/2020.
3. מדד הבסיס: המדד אשר יפורסם ביום 15.10.2020.

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ש"ח לתכנית הביטוח:

תכנית הביטוח הכוללת: השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות מיוחדות, ניתוחים בארץ מהשקל הראשון, ניתוחים בחו"ל, אמבולטורי וכתב שירות רפואה משלימה

134 ש"ח

חבר קיבוץ מעל גיל 20 (כולל) במימון בעל הפוליסה

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

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

שם בעל הפוליסה: קיבוץ נען

הנני מצהיר כדלקמן:

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

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לחברים:

שם בעל הפוליסה: קיבוץ נען

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הפרמיה בגין הביטוח, לכל חברי קיבוץ נען ממומנת באופן מלא על ידנו.
2. אנו מתחייבים כי במידה והחבר יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, החבר יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטחת לאלתר.

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקי-חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמה: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדף רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.

חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הינך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבטח/ת נכבד/ה

תרופות שאינן בסל הבריאות

- יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.
- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
 - חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
 - חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29 ג' וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה +אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר)

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבוטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל. ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או *2000 או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה. טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוננתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או 2000 * או באמצעות פקס שמשפרו: 03-7606744 .

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללת את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000 * לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
2. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה. חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
3. חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח. חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע. הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל(רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל(רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה
הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי
המבוטח.

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

יש לצרף קבלות מקורייות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית. תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הטיפול. חלק ג' קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טופס תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

לפרטים ומידע

פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
מוקד שירות לקוחות ארצי: *2000
www.menoramivt.co.il

