



# ביטוח בריאות קבוצתי לחברי קיבוץ שער הגולן ובני משפחותיהם



מלמד יועצים  
ביטוח בריאות קבוצתי



כשזה חשוב לך זה חשוב לנו

חבר/ה יקר/ה,

אנו שמחים להציג בפניכם את פוליסת ביטוח הבריאות המחודשת של חברי קיבוץ שער הגולן ובני משפחותיהם.

לאור ניסיון העבר ולאור האלטרנטיבות בשוק הוחלט לחדש את הפוליסה בחברה הנוכחית "הפניקס" חברת לביטוח בע"מ.

הפוליסה כוללת שינויים הנובעים בעיקר מתקנות הפיקוח על שוק ההון וכמובן שיפורים ועדכונים לעומת הפוליסה הקודמת.

מדובר בתוכנית ביטוח המעניקה לחברי הקיבוץ ובני משפחתם רשת ביטחון בשמירה על בריאותם.

הביטוח כולל כיסויים רבים אשר לחלקם לא קיים מענה במערכת הבריאות הציבורית וחלקם מקבלים מענה חלקי בלבד.

### **ביטוח הבריאות אינו בא במקום הביטוח המשלים של קופות החולים ואנו ממליצים בכל פה להשאיר את הביטוח המשלים בתוקף.**

הפוליסה החדשה שהחלה ב- 1.7.2020, מקנה לחברים ולבני משפחתם הכלולים בביטוח, כיסוי ביטוחי רחב ומקיף למקרים רפואיים שונים כגון: ניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות, וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שמחוץ לסל הבריאות ועוד מגוון רחב של שירותים רפואיים המפורטים בחוברת זו.

בחוברת זו תמצאו מידע מפורט וכן הסבר על תהליך הפניה לחברת הביטוח ואופן הגשת תביעה.

בכל בירור או שאלה הנוגעת לביטוח עומדים לרשותכם המקורות הבאים:

- מוקד הלקוחות של חברת "הפניקס" - בנושא הכיסויים הכלולים הפוליסה, מצב טיפול בתביעה שהוגשה וכדומה.
- צוות וועדת בריאות בקיבוץ.
- צוות חברת "מלמד יעצים בע"מ" יעצי הביטוח שלנו – בכל שאלה מקצועית בנושאי פוליסת ביטוח הבריאות כגון מה הזכאות וכיצד להגיש תביעה לחברת הביטוח, תלונה על טיפול שקיבלתם במהלך הגשת תביעה ועוד (הפניות מומלצות דרך כתובת המייל: [info@mic.co.il](mailto:info@mic.co.il) או בטלפון: 09-7655326).

- חידוש חשוב לציון הוא האפשרות להגשת תביעה דיגיטלית (באתר [www.mic.co.il](http://www.mic.co.il) לוחצים על "איזור אישי" מקלידים ת. זהות ובוחרים ב"תביעה דיגיטלית"), במידה ויש צורך בצירוף מסמכים רפואיים ו/או קבלות, מומלץ לסרוק אותם קודם הגשת התביעה בכדי שניתן יהיה לצרפם. הניסיון מראה שזמן הטיפול בתביעה מתקצר באופן משמעותי לעומת הגשת תביעה ידנית. מי שזקוק לסיוע מוזמן ליצור קשר עם יועצי הביטוח שלנו או להיעזר ברכזת הבריאות בקיבוץ.

אנו סמוכים ובטוחים כי הכיסוי הביטוחי שהותאם לצרכי החברים ולהתפתחויות האחרונות בשוק ביטוחי הבריאות, ייתן מענה נרחב לצרכים רפואיים יקרים וחשובים.

איחולי בריאות טובה.

## תוכן עניינים

4	גילוי נאות
19	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
41	פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל.
46	פרק ב' – כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות.
	פרק ג' – ניתוחים:
51	מסלול 1- מסלול ניתוחים מהשקל הראשון.
56	מסלול 2- מסלול ניתוחים משלים שב"ן.
62	פרק ד' – כיסוי לניתוחים בחו"ל.
66	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים.
	דף רשימה

## תמצית תנאי הביטוח – לחברי קיבוץ שער הגולן

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי קיבוץ שער הגולן ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	קיבוץ שער הגולן א.ש. 570001289
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל. ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל. ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל. שירותים אמבולטוריים.
תקופת הביטוח	01.07.2020 – 30.06.2025 (סעיף 4.1)
תיאור הביטוח	<b>פרק א'</b> - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל <b>פרק ב'</b> – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות <b>פרק ג'</b> - ניתוחים: <b>מסלול 1-</b> ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל <b>מסלול 2-</b> ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל <b>פרק ד'</b> – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל <b>פרק ה'</b> – שירותים אמבולטוריים
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	כמפורט בס' 8, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 9), ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 4), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 6), ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 4.3),

פרק השתלות (ר' סע' 2.3, 3.1.17),			<b>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</b>
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			<b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)<sup>1</sup></b>
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			<b>השתתפות עצמית</b>
<b>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים</b>	<b>רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים</b>	<b>שם הכיסוי</b>	<b>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</b>
+		השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
+		תרופות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	
+		שירותים אמבולטוריים	

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

ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	מסלול ניתוחים באמצעות נותן שרות	המבוטח (גילאים)	עלות הביטוח
79 ₪	83 ₪	חבר / תושב / בן בת זוג / ילד בוגר (מגיל 27 ומעלה ו/או ילד שנישא)	
27.5 ₪	29 ₪	ילד עד גיל 26 שנה כולל	
<p><b>**צאצא שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.</b></p> <p>הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 12340 שפורסם ביום 15.6.2020 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 5.7 לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון.</p> <p>באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- <b>כנס למחשבון</b></p> <p><b>מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.</b></p>			

## תיאור הכיסויים בפוליסה

<b>פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל</b>			
<b>שם הכיסוי</b>	<b>תיאור הכיסוי</b>	<b>מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)</b>	<b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)</b>
<b>השתלות איברים שנקחו מגופו של אדם</b>	ס' 1.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,500,000 ₪. אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	30 יום
<b>השתלות איברים שנקחו מבעלי חיים</b>	ס' 2.6: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	עד 2,500,000 ₪	30 יום
<b>טיפול מיוחד בחו"ל</b>	ס' 1.2: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.2	עד 1,000,000 ₪.	30 יום
<b>טיפול מיוחד בארץ</b>		עד 250,000 ₪	30 יום
<b>פיצוי חד פעמי על אי תביעה או המצאת מימון חלקי</b>	ס' 2.3: ללא השתתפות החברה במימון, ישולם פיצוי	בסך 280,000 ₪	30 יום
<b>הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז</b>	ס' 3.1.2: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-	30 יום
<b>הוצאות אשפוז בחו"ל</b>	ס' 3.1.2: הוצאות עבור 60 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-	30 יום



שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
<b>הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז</b>	ס' 3.1.12: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 80,000 ₪ להשתלה או עד 40,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל לפי המקרה. עד שנה	30 יום
<b>הוצאות נסיעה לחו"ל</b>	ס' 3.1.7: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין	כיסוי מלא	30 יום
<b>הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית</b>	ס' 3.1.8: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	כיסוי מלא	30 יום
<b>ליווי רופא במהלך טיסה</b>	ס' 3.1.9 במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא.	עד 10,000 ₪	30 יום
<b>הוצאות שהייה סבירות בחו"ל</b>	ס' 3.1.11: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 600 ₪ ליום ליחיד , ו- 800 ₪ לשניים ליום עד ל100 ימים.	30 יום
<b>הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל</b>	ס' 3.1.13: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.	כיסוי מלא	30 יום
<b>הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל</b>	ס' 3.1.15: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	עד לתקרה של 100,000 ₪	30 יום
<b>הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה</b>	ס' 3.1.5	1,000,000 ₪.	30 יום

30 יום	80,000 ₪.	ס' 3.1.16	<b>תשלום בגין הוצאות חיוניות</b>
30 יום	בסך 6,000 ₪ לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה. ילד 50% מתקרת מבוגר	ס' 3.1.17.1: גמלה שתשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה, לאחר ביצוע ההשתלה,	<b>גמלה חודשית עבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל</b>
30 יום	שיפוי מלא בגין הוצאות שהוציא בפועל לצורך ביצוע ההשתלה ולפיצוי בסך 900 ₪ לכל יום אשפוז עד 30 ימים	ס' 3.1.17.2	<b>שיפוי ופיצוי עבור הוצאות שהוצאו בפועל במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי</b>

## פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	<p>התרופות הנכללות בס' 1:</p> <p><b>1.</b> תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה.</p> <p><b>2.</b> תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה.</p> <p><b>3.</b> תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL.</p> <p><b>4.</b> טיפול תרופתי בתרופת יתום.</p> <p><b>5.</b> תרופה חליפית</p> <p><b>6.</b> תרופה מיוחדת</p>	עד לתקרה של 2,500,000 ₪ (הסכום יתחדש מידי 2.5 שנים). תקרת הכיסוי לתרופה מיוחדת- עד 250,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.	-	150 ₪ למרשם לחדש ועד 400 ₪ לכלל המרשמים לחדש. מעל 5,000 ₪ לחדש לא תחול השתתפות עצמית.
<b>בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה תרופה</b>	ס' 6 שיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות, התייעצות אחת עם גנטיקאי והתייעצות אחת עם פרמקולוג	20,000 ₪ לכל מחלה.	-	25% בגין כל בדיקה או התייעצות

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	-	150 ש"ח ליום	שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	<b>שירות/טיפול נלווה למתן תרופה</b>

**פרק ג' 1 - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם  
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1500 ₪)	ס' 3.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	<b>התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח</b>
	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח <b>שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד</b>	<b>שכר מנתח</b>
		ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח) <b>והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.</b>	<b>הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית</b>
נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	<b>טיפול מחליף ניתוח</b>	

**הערות:** לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים.

כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

**פרק ג' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות  
שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
<p align="center"><b>התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח</b></p>	<p>ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה:  <b>1. נותן שירות שבהסכם ;</b>  <b>2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי .</b></p>	<p>נותן שירות אחר - עד סכום השיפוי המרבי ( 1,500 ₪ )</p>	
<p align="center"><b>שכר מנתח</b></p>	<p>ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח <b>שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד;</b></p>	<p>עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח</p>	<p align="center"><b>הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית</b></p>
<p align="center"><b>טיפול מחליף ניתוח</b></p>	<p>ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה:  <b>1. נותן שירות שבהסכם ;</b>  <b>2. נותן שירות אחר</b></p>	<p>נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.</p>	<p>90 יום למעט מקרים של הריון או לידה - 12 חודשים</p>

**הערות:** לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

## פרק ד' - ניתוחים בחו"ל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים	סעיף 1	<b>תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 4.1.1:</b> <b>באמצעות נותן שירותים שבהסכם:</b> לא תחול תקרת סכום שיפוי.  <b>באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם (סעיף 4.1.2):</b> 200% מעלות הניתוח בארץ. מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל ובנוסף השיפוי כפוף ל תתי התקרות השיפוי המפורטות מטה.		
מנתח/מרדים	ס' 4.2	-	-	-
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 4.2	אשפוז עד 30 יום. ותקרה של 25,000 ₪ במקרה של תותבת		-
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 4.2.1.1: הוצאות טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים).			-
הטסה רפואית	ס' 4.2.1.2: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל.	עד 50,000 ₪.		-
הוצאות לשהייה בחו"ל	ס' 4.2.1.3: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים	למלווה אחד - עד 800 ₪ ליום ועד 35 יום. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה 1,050 ש"ח ליום ועד 35 ימים סה"כ		



השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-		-	ס' 4.2.1.4: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 7 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	<b>כיסוי להוצאות הטסת גופה</b>

## פרק ה' - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
<b>בדיקות הריון</b>	ס' 2.3: החזר הוצאות בגין בדיקות הריון המפורטות שבוצעו בגופה של המבוטחת.	עד תקרה של 2,500 ₪ להריון ו- 4,000 ₪ להריון רב עוברי.	-	20%
<b>בדיקות רפואיות אבחנתיות</b>	ס' 2.1: השתתפות בבדיקות אבחנתיות כמפורט בפוליסה	עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח	-	20%
<b>חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל</b>	ס' 2.2: מבוטח אשר לו חו"ד ראשונה זכאי לחו"ד שניה, ועד ל3 חו"ד לכל שנת ביטוח.	<b>בחו"ל</b> – שיפוי עד תקרה של 8,000 ₪ לכל חו"ד. <b>בארץ</b> – עד 1,200 לכל חו"ד	-	20%

- תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני \*3455
- או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il).

# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קיבוץ שער הגולן ובני משפחותיהם.

## תנאים כלליים המתייחסים כל פרקי הפוליסה

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאי סייגיה וחריגיה. השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.

### הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידיהם. בכל הנוגע לפרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, (התשע"ה 2015-) ויגברו על ההגדרות להלן:

<b>1.1</b>	<b>הפוליסה</b>	פוליסת ביטוח זו, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
<b>1.2</b>	<b>בעל הפוליסה</b>	קיבוץ שער הגולן א.ש. 570001289
<b>1.3</b>	<b>המבוטחים</b>	מי שהיה במועד הצטרפותו חבר ו/או תושב אצל בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או צאצאיו ו/או בני/ות זוגן ו/או נכדיהם, שהם תושבי מדינת ישראל וחברים באחת מקופות החולים, ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש. יובהר, כי "ילד" - ייחשב ככזה, בתנאי שאינו נשוי. ילד נשוי ייחשב כבוגר. להסרת ספק יובהר כי כמבוטח ייחשב רק מי שהינו תושב קבע / אזרח של מדינת ישראל.
<b>1.4</b>	<b>תאריך ת. הביטוח</b>	30/06/2025 – 01/07/2020
<b>1.5</b>	<b>רצף ביטוחי</b>	הצטרפות מביטוח קודם אחר (כהגדרתו להלן) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה, לכיסויים חופפים בלבד, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם. במידה והיו החרגות בביטוח הקודם, הן יבוטלו בתום 12 חודשים (6 חודשים למבוטחים מגיל 65 ומעלה) מיום ההצטרפות לפוליסה זו, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי

המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודם.		
הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה.	<b>דמי הביטוח</b>	<b>1.6</b>
מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה.	<b>מקרה הביטוח</b>	<b>1.7</b>
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי ובמהלכה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. תקופת האכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירע כתוצאה מתאונה.	<b>תקופת אכשרה</b>	<b>1.8</b>
תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.	<b>תקופת המתנה</b>	<b>1.9</b>
מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.	<b>מדד</b>	<b>1.10</b>
תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשון בהם הוא החודש בו הצטרף המבוטח לפוליסה.	<b>שנת ביטוח</b>	<b>1.11</b>
הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה	<b>סכום ביטוח</b>	<b>1.12</b>
חוק הביטוח חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981	<b>חוק הביטוח</b>	<b>1.13</b>
חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994	<b>חוק הבריאות</b>	<b>1.14</b>
מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל	<b>ישראל</b>	<b>1.15</b>
כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב	<b>חו"ל</b>	<b>1.16</b>
מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים. להוציא מוסד המשמש כסנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.	<b>בית חולים</b>	<b>1.17</b>

1.18	<b>בית חולים פרטי</b>	בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
1.19	<b>בית חולים בהסכם</b>	בית חולים פרטי כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.20	<b>ניתוח בארץ</b>	פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החוזרת 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.
	<b>ניתוח בחו"ל</b>	<p>כל פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure) החוזרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום, קרינה, קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, וכן מצב רפואי שעלול (על פי כל קנה מידה רפואי מקובל) לסכן את המבוטח ו/או להחמיר את מצבו הבריאותי. במסגרת זו ייראו כניתוח גם השתלת עור וכן פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית כשהיא חלק מניתוח, או לקראת ניתוח ועד 30 יום לפני מועד ביצוע הניתוח או אבחון באמצעות מצלמה חוץ ו/או תוך גופית מסוגים שונים, לרבות אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדו', צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה, השתלת עור, וכן ריסוק אבני כליה או מרה; קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, להסרת ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום, לרבות אך לא רק ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית, ו/או טיפולים חדשים אחרים שיבוצעו בעתיד ובלבד שהמבוטח קיבל המלצה לביצוע ניתוח.. ניתוח לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. ובלבד שהמבוטח קיבל המלצה לביצוע ניתוח.</p> <p>ההגדרה נוסחה באופן המטיב עם במבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר</p>

		ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"
<b>1.21</b>	<b>מנתח הסכם</b>	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ונמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
<b>1.22</b>	<b>מנתח אחר</b>	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ואינו מנתח הסכם.
	<b>רופא</b>	רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
<b>1.23</b>	<b>רופא מרדים</b>	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
<b>1.24</b>	<b>אח/אחות</b>	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
	<b>פיזיותרפיה</b>	טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי.
	<b>טיפול ניסיוני</b>	טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי. הטיפול הניסיוני ממומן על ידי גורם המעוניין בתוצאות המחקר ו/או הטיפול.
<b>1.25</b>	<b>נותן שירות שבהסכם</b>	מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד התביעה.
<b>1.26</b>	<b>שתל</b>	כל אבזר, 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 (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), <b>למעט תותבת שיניים, ושתל דנטלי.</b> לגבי השתלות בחו"ל מוסכם כי שתל יכול כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקם לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיגרפיה) כדוגמת טיפול בסירטקס (פולימר המוחדר לריאות) (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך

		השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד מעבר למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל.
<b>1.27</b>	<b>יום אשפוז</b>	אשפוז שבמסגרתו שהה המבוטח לילה אחד לפחות בב"ח, ספירת ימי האשפוז תיעשה על פי מספר לילות האשפוז, ולכל הפחות 4 שעות בלילה.
<b>1.28</b>	<b>מצב רפואי קודם</b>	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
<b>1.29</b>	<b>סייג של מצב רפואי קודם</b>	סייג כללי בפוליסת הביטוח הפוטר את המבוטח מחבותו או המפחית את חבות המבוטח 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.
<b>1.30</b>	<b>ביטוח קודם אחר / פוליסה קודמת אחרת</b>	פוליסת ביטוח בריאות פרטית / קבוצתית של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תאריך הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.
<b>1.31</b>	<b>יועץ</b>	יועץ/ת בחברת מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ
<b>פרקי הפוליסה:</b>		
	<b>פרק א'</b>	השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל.
	<b>פרק ב'</b>	כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות.
	<b>פרק ג'</b>	כיסוי לניתוחים : 1. מסלול ניתוחים מהשקל הראשון. 2. מסלול ניתוחים משלים שב"ן.
	<b>פרק ד'</b>	כיסוי לניתוחים בחו"ל.
	<b>פרק ה'</b>	כיסוי אמבולטורי.

## 2. תוקף הפוליסה

**2.1** פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום 01.07.2020 ותסתיים בתאריך 30.06.2025 כמפורט להלן בסעיף 4 למען הסר ספק מבוטח ששמו נשמט מרשימת המבוטחים עקב טעות טכנית ייחשב כמבוטח לכל דבר בהתאם לשיקול דעת החברה המבטחת,

ובלבד שתינתן הצהרה בכתב של מנהל מוסמך בארגון על עצם הטעות הטכנית ועל היותו מבוטח על פי הקריטריונים שבהסכם זה. **יובהר כי בעת החזרת הביטוח לתוקף לגבי המבוטח שהושמט, תשולם פרמיה למפרע מיום הביטול.** בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצות המבוטחים בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני מבטחים. הפוליסה תיכנס לתקופה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.

2.2

### **תנאי ההצטרפות**

3.

**3.1** כל חברי ו/או תושבי בעל הפוליסה המופיעים ברשימת המבוטחים ביום חתימת הסכם זה יכללו בביטוח וזאת ללא צורך במילוי טופס הצטרפות וללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו.

**3.2** החברים ו/או התושבים ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף לרובד הממומן באופן מלא ע"י בעל הפוליסה בכפוף לדיווח הצטרפות של בעל הפוליסה או למילוי טופס הצטרפות וללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום תחילת הפוליסה או לחברים ו/או תושבים חדשים, תוך 120 יום מתחילת תנאי זכאותם (מה זה תנאי זכאות? קרי כניסה למועמדות לחברות בקיבוץ), לאחר מועד זה ההצטרפות תהיה כרוכה במילוי הצהרת בריאות ובהליך חיתום. האמור בסעיף זה נכון גם לבני המשפחה.

**3.3** חברים ו/או תושבים ובני משפחתם אשר יהיו מעוניינים להצטרף במהלך תקופת ההסכם (לאחר 120 יום ממועד תחילת הפוליסה או תחילת זכאותם) יידרשו למלא טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד;

**3.4** מבוטח ו/או בעל הפוליסה רשאים לצרף את בן/ת זוגו וילדיו של החבר ו/או תושב, כלותיהם וילדיהם (נכדי המבוטח הראשי).

**3.5** בני/ות זוג של חבר ו/או תושב שנישאו במהלך תקופת הביטוח, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות ויחולו עליהם תנאי הקבלה החלים על פי סעיף 3.3 לעיל ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום נישואיהם.

**3.6** תינוק שנולד - שצורף לביטוח תוך 120 יום מיום הלידה על ידי הודעה בכתב לחברת הבטוח, כולל פרטיו המלאים: שם, תז ותאריך לידתו, יהיה פטור ממילוי הצהרת בריאות והליך חיתום. לאחר 120 יום יהיה חייב בהצהרת בריאות והליך חיתום.



- 3.7** מצטרפים חדשים שיידרשו למלא הצהרת בריאות תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה- 1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 45 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 45 ימי החיתום, יהא רשאי המבטח להודיע למבוטח כי הליך ההצטרפות בטל.
- 3.8** מצטרפים חדשים שביום ההצטרפות היו בעלי פוליסת ביטוח בריאות פרטית בתוקף או נכללו במסגרת ביטוח בריאות קולקטיבי, יישמר הרצף הביטוחי לגבי כל הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. "רצף ביטוחי" כהגדרתו בהגדרות הכלליות. (בכפוף להצגת פוליסה בתוקף, אישור תשלום ואישור תנאי קבלה לביטוח).
- 3.9** ניתוחים בארץ – (פרק ג'), מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב/שלי", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ג'1 לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג'2 וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 5 להלן.

**3.10** שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.11 על המבוטחים בביטוח יחול האמור להלן:

**צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי :**

(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
- (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא יצורף החבר ו/או התושב לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר ו/או התושב בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר/תושב לצירוף ילדו ו/או בן/ת-זוגו.

(ב) סעיף קטן (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
- (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 4 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח.

#### **4. תקופת ההסכם**

**4.1** תקופת ההסכם תהיה 60 חודשים מיום 01.07.2020 ועד ליום 30.06.2025.

**4.2** תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו יהיה במוקדם מבין המקרים

הבאים:

4.2.1 הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבוטח

במסגרת ההסכם.

4.2.2 תום ההסכם.

4.2.3 שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל שנתיים, אלא אם אותו

מבוטח נמצא בשליחות מטעם בעל הפוליסה ו/או מטעם מדינת

ישראל.

**4.3** למען הסר ספק, ילדי/נכדי מבוטחים שהגיעו לגיל 26 ו/או ילדים מתחת

לגיל 26 שנישאו, ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי הסכם זה, אך במחיר של מבוגר.

**4.4** מבוטח שעזב את הארגון מכל סיבה שהיא ו/או במקרה וההסכם יתבטל ו/או

לא יחודש אצל המבטח ו/או מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות

ביטוח פרטיות בתנאים דומים לאלו הקיימים בהסכם זה על פי התנאים,

והתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא

יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא

תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך

בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היה מבוטח במסגרת ההסכם.

הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה עפ"י מדיניות ההנחות

הנהוגה אצל המבטח באותה העת ובתנאי כי פוליסת ההמשך תהיה באופן

שיר מול המבטח. מובהר כי החרגות ו/או תוספות חיתומיות שנקבעו למבוטח במסגרת הסכם זה ימשיכו לחול גם במסגרת הפוליסה הפרטית. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.2.2 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- (סעיף 9(ב) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009).

**4.5**

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 9(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שהיתה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח.

**4.6** להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.

## **5. דמי הביטוח**

**5.1** דמי הביטוח החדשיים יהיו כדלקמן:

<b>המבוטח (גילאים)</b>	<b>מסלול ניתוחים באמצעות נותן שרות</b>	<b>ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל</b>
חבר / תושב / בן בת זוג / ילד בוגר (מגיל 27 ומעלה ו/או ילד שנישא)	₪ 83	₪ 79
ילד עד גיל 26 שנה כולל	₪ 29	₪ 27.5

**5.2** צאצא שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.

**5.3** מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 15 של כל חודש (בגין החודש הקודם), על פי המועד בו על התשלום להיות מבוצע על פי תנאי הסכם זה.

**5.4** דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

**5.5** דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבוטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר למבטח), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.

**5.6** דמי הביטוח יועברו במרוכז למבטח באחריות בעל הפוליסה או מי מטעמו. יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבוטחים המצטרפים מעת לעת לביטוח ואת המבוטחים אשר יבחרו לסיים את הביטוח לגביהם ויעבירם למבטח. בעל הפוליסה היא אחראי להעביר למבטח טפסי הצטרפות כנדרש על פי דין בגין מצטרפים וולונטרים (שאינו משלם עבורם באופן אובליגטורי).

**5.7 התאמת פרמיה** – התאמת הפרמיה תבוצע לאחר 24 חודשים ממועד התחלת הפוליסה ולאחר 48 חודשים מתחילת הביטוח, זאת בהתאם להסכם שנחתם בין בעל הפוליסה למבטח.

#### **5.8 קביעת דמי ביטוח- סעיף 5(ב) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים**

##### **קביעת דמי ביטוח- סעיף 5(ב) הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים**

**(ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009:-**  
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח 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/תושב בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר/תושב להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

(3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

(4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

(5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב

מועד חידוש הביטוח (למעט רובד אובליגטורי במימון מלא ע"ח המעביד).

מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 15(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח.

## **6. תגמולי ביטוח**

- 6.1** המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנוטני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלת מקוריות או חשבוניות מקוריות. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג למבטח מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.
- 6.2** תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 6.3** המבטח מתחייב לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה ממועד הגשת כל המסמכים שנדרשו לידיו לרבות הבקשה להשלמת מסמכים רפואיים, ובלבד שהתביעה אושרה.
- 6.4** תביעה מתמשכת בגין תרופות תשולם לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הרלבנטיים בחברת הביטוח, ובלבד שהתביעה אושרה.
- 6.5** נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.
- 6.6** הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח פוליסת ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, בשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פרק זה. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

## **6.7** הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב- **סעיף 10 להוראות הפיקוח על**

### **שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009**

6.7.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

6.7.2 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.

**6.8** למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

**6.9** מוסכם כי בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לבין סעיף 10 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 כפי שתהיה בתוקף ביום החתימה על ההסכם עם בעל הפוליסה, תחול ההוראה שמיטיבה עם המבוטח

## **7. תביעות**

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פרק זה או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:

**7.1** כאשר נודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, ובטרם ביצע הפרוצדורה הרפואית (לרבות ניתוח, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל) המכוסה על פי פוליסה זו, יודיע על כך בכתב למבטח.

**7.2** המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים המצויים ברשותו, הדרושים למבטח לברור תביעתו. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

**7.3** על אף כל האמור בהסכם זה, במקרה של ניתוח חירום לא יהיה בהודעת המבוטח לחברת-הביטוח על מקרה-הביטוח בדיעבד, לאחר קבלת השירות הרפואי, כדי לפגום או לגרוע בזכות מזכויותיו של המבוטח או של בעל-הפוליסה, כולל הזכות

לאישור-כיסוי והזכות להחזרים כספיים בגין אותו שירות רפואי ובתנאי שטרם חלה תקופת ההתיישנות ועד התקרות בפוליסה.

**7.4** המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.

**7.5** המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי המבטח, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירתו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה

**7.6** המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל בין השעות 8:00-17:00 ימי א'-ה' ומוקד חירום 24 שעות ביממה.

**7.7** השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי

**7.8** ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

## **8. סייגים כלליים לאחריות המבטח שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים**

### **באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:**

**המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:**

**8.1 סייג בשל מצב רפואי קודם.**

המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח.



חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת ההצטרפות לביטוח כדלקמן:

1. פחות מ- 65 שנים – החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
2. 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

## 8.2 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור בסעיפים 8.1 ו- 8.2 לעיל, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.1 לעיל, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

## 8.3

- 8.3.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח או בתוך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה.
- 8.3.2 טיפולים ו/או ייעוצים פסיכולוגיים, טיפולים ו/או ייעוצים פסיכיאטרים.
- 8.3.3 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 8.3.4 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד,

פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים

כהגדרתן בפלת"ד (פיצויים לנפגעי תאונות דרכים).

8.3.5 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים

גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי

8.3.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון

ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה

ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית

ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות

ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.

8.3.7 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים

הדורשים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית

8.3.8 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי

מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים

בפרק זה

8.3.9 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים

הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.

8.3.10 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי

מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן.

למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם

ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא

מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב

ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם

במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.

8.3.11 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או

טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי שני רופאים

מומחים בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינם הרופא

המבצע את הניתוח.

8.3.12 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או

הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים

הנובעים מצורך רפואי ועונים לפרמטרים שקבע משרד הבריאות.

8.3.13 אביזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים

אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי

באחד או יותר מפרקי הביטוח.

8.3.14 טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).

**8.3.15** אלוהוליים ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש בכוונה לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.

**8.3.16** פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.

## **9 הצמדה**

**9.1** סכומי הביטוח, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבוטח/ת ו/או על ידי בעל הפוליסה, הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.

**9.2** חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החברה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.

**9.3** מדד הבסיס לפוליסה זו הוא המדד שיפורסם בתאריך **15.6.2020 לפי 12340 נק'.**

## **10 התיישנות**

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו היא שלש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

## **11 הודעות**

על בעל הפוליסה להודיע למבטח על כל שינוי כתובת במכתב רשום ו/או ע"י דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

### **מתן מסמכים והודעות למבוטח- תקנות ביטוח בריאות קבוצתית**

המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד **חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;**

על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה

מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

**11.1** חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

**11.2** במידה ובעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בהסכם האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

**12** חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של המבוטח, כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009 תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

## **13 תחלופ (סברוגציה):**

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח עוברת זכות זו למבטח מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של המבטח לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי

פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

#### **14 מיסים והיטלים:**

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

#### **15 חידוש הפוליסה - סעיף 7(א1) להוראות הפיקוח על שירותים**

##### **פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.**

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

#### **16 סיום הפוליסה - סעיף 7(א2) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)**

##### **(ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.**

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

## **17 הפסקת זיקה - סעיף 7(א3) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח)**

### **בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.**

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

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

**17.2** עובד/ת מבוטח/ת שהלך/כה לעולמו/ה במהלך תקופת הביטוח, יוכלו בני משפחתו שצורפו לביטוח להמשיך להיכלל בביטוח עד תום תקופת הביטוח ובלבד שיעבירו אמצעי גביה אישי.

## **18 ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסויים - סעיף 8 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009.**

**18.1** חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, והודיע המבוטח למבטח 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 שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

**18.2** חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף קטן זה 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 כאמור בסעיף 4(ב)2 (להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009; לעניין סעיף קטן 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.

**18.3** על אף האמור בסעיף 9(ב) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בסעיף 2 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט 2009, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל בהסכם, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## **19 יועץ**

מעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה עפ"י הסכם ההתקשרות בינו לבין בעל הפוליסה, ובין השאר:

**19.1** מענה לפניית מבוטחים בקולקטיב בקשר עם אופן מיצוי זכויותיהם על-פי הפוליסה;

**19.2** סיוע, מתן מידע ועריכת בירורים לגבי טענה ו/או תלונה של מבוטח ו/או בעל הפוליסה;



## פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל.

### 1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, בארץ ו/או בחו"ל כהגדרתם להלן:

#### 1.1 השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, שחלות, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו במקומם, לרבות השתלה של מח עצמות או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו מדם היקפי מתורם אחר בגוף המבוטח או מתרומה עצמית של המבוטח או השתלה מח עצמות עצמית. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר, או השתלת איבר מלאכותי או אורגני שגודל או פותח באופן טכנולוגי בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונות בישראל. במקרה של השתלה חוזרת או טיפול מיוחד חוזר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח חדש, או השתלה מבעלי חיים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות ניסיונית בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

הגדרה זו של השתלה כפרוצדורה רפואית נוסחה באופן שמיטב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר הביטוח מס' 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

#### 1.2 טיפול רפואי מיוחד:

**1.2.1** טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר בחו"ל או מניעת נכות קבועה של 50% ומעלה אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו לפחות אחד התנאים הבאים:

1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע, על ידי שירותי הרפואה בישראל ו/או אין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל (טיפול או ניתוח חלופי משמעו מתן אותן תוצאות באותו פרק זמן ללא תופעות לוואי וללא פגיעה באיכות חייו של המבוטח לעומת המקובל בטיפול דומה בחו"ל).

1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.

**1.3 מועד קרות מקרה הביטוח** ייחשב כמועד בו נקבע לראשונה הצורך הרפואי להשתלה ו/או לטיפול מיוחד כאמור לעיל. מובהר בזאת כי לא יכוסה מקרה ביטוח אשר הצורך בו נקבע טרם תחילת הביטוח.

## **2. סכום הביטוח**

**2.1** להשתלה במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם המבטח – ללא תקרת סכום ביטוח.

**2.2** להשתלה במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם המבטח- סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 5,500,000 ₪.

**2.3** המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה ביצוע השתלה בחו"ל בסך 280,000 ₪ במקום קבלת שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2 דלעיל, **ובכפוף להוראות המפקח על הביטוח המתנה את מתן הפיצוי בקיום התנאים דלהלן:**

**2.3.1** נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

**2.3.2** מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.  
למען הסר ספק, פיצוי לפי זה סעיף זה יבוא במקום שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2.

**2.4** סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 1,000,000 ₪.

**2.5** סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בארץ יהיה 250,000 ₪.

**2.6** השתלה מבעלי חיים- 2,500,000 ₪

### **3. התחייבות המבטח**

בקרורות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח. במידה והמבטח יבחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שיידרש או ישפה את המבטח כנגד קבלות מקוריות או העתק בכפוף לאמור בסעיף 7.1 בתנאים הכלליים בגין ההוצאות המכוסות בפוליסה זו ולא יותר מתקרורת של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.

בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות שהוצאו בפועל.

**3.1** המבטח ישפה את המבטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.

**3.1.1** תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבטח.

**3.1.2** תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי וצוות פרא-רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך האשפוז (בתקרת הכיסוי המופיעה בסעיף 2 לעיל).

**3.1.3** תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

**3.1.4** תשלום כל ההוצאות הרפואיות והאחרות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו, והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

**3.1.5** כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ-1,000,000 ₪.

**3.1.6** כיסוי ההוצאות איתור תורם (כולל בדיקות מעבדה), בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 150,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.

**3.1.7** תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.

**3.1.8** תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.

**3.1.9** במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), המבטח יישא בהוצאה זו עד לתקרה של 10,000 ₪.

**3.1.10** כיסוי מלא להוצאות עבור העברה יבשתית של המבוטח והמלווה/ים לשדה התעופה וממנו בארץ ובח"ל.

**3.1.11** תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד 600 ₪ למבוטח או למלווה ליממה או עד 800 ₪ למבוטח + מלווה. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים. וכולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית-החולים בחו"ל וממנו, ועד ל-100 ימים.

**3.1.12** תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה עד 80,000 ₪ או הטיפול המיוחד עד 40,000 ₪ עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי ההמשך בישראל.

**3.1.13** תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.

**3.1.14** תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.

**3.1.15** **הבאת רופא מומחה מחו"ל לביצוע טיפול רפואי מיוחד בארץ – תשלום** להבאת רופא מומחה מחו"ל בעת הצורך בנייתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, אשר אינו ממומן באופן מלא או חלקי במסגרת סל שירותי הבריאות, במידה וקיים מימון חלקי ישלים המבטח את ההפרש עד מלוא ההוצאה בפועל - עד לתקרה של 100,000 ₪ בגין הבאת הרופא (בנוסף, וללא קשר, לתקרת עלות הטיפול המיוחד כמפורט בסעיף 2.4 לעיל).

**3.1.16** תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 80,000 ₪.

### **גמלת החלמה** **3.1.17**

3.1.17.1 בקרות מקרה-ביטוח מסוג השתלה, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית), או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי, או השתלת מח עצם/קרנית, תשלם חברת הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 6,000 ₪ לחדש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של

24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבונות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת/ הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות ליורשים החוקיים. גמלת החלמה עבור ילד, תחת התנאים המופיעים לעיל, תהיה בגובה 50% מגמלת מבוגר.

3.1.17.2 במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית) ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי יהיה המבוטח זכאי לשיפוי מלא בגין הוצאות שהוציא בפועל לצורך ביצוע ההשתלה (וכלולות בהוצאות המכוסות בפרק זה ומפורטות 3.1 להלן), וכן לפיצוי בסך 900 ₪ לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.

למען הסר ספק המבוטח יהיה זכאי לתשלום הגמלה עפ"י סעיף זה גם אם ההשתלה הנ"ל בוצעה שלא באמצעות המבטח ובלבד שהמבוטח ימציא מכתב רשמי מהמרכז הרפואי בו בוצעה ההשתלה ופרטיה.

4. תקופת אכשרה – 30 ימים.

**לתשומת לב המבוטח, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:**

- (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

## פרק ב' – טיפול תרופתי מיוחד

### 1. הגדרות

<p><b>תרופה</b></p>	<p>חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי שנגרם כתוצאה ממחלה או תאונה, מניעת החמרתה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותה של מחלה, אשר הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כללו ופרסמו אותו ברשימת התרופות המאושרות המתעדכנת מעת לעת.</p>
<p><b>מדינות מוכרות</b></p>	<p>ישראל, ארה"ב, אחת ממדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).</p>
<p><b>טיפול תרופתי</b></p>	<p>נטילת תרופה, שנתנה בהמלצת רופא מומחה ועל פי מרשם, באורח חד פעמי או מתמשך.</p>
<p><b>רופא מומחה</b></p>	<p>רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לכך כמומחה בתחום רפואי מסוים</p>
<p><b>רופא מומחה בכיר</b></p>	<p>רופא מומחה כהגדרתו לעיל, שהוא, או היה בעברו, בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים בישראל.</p>
<p><b>סל הבריאות הממלכתי</b></p>	<p>מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות ע"י קופות החולים לעמיתיהן במסגרת ומכוח חוק בריאות הממלכתי התשנ"ד – 1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין עמיתה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן</p>
<p><b>מרשם</b></p>	<p>מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש</p>

<p>תרופה אשר כלולה בסל הבריאות, ממונת באופן מלא ע"י קופת החולים תרופה אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות משיגה את אותה תוצאה רפואית באותה איכות ובפרק זמן דומה המושג ע"י התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שתרופה חליפית זו אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח</p>	<p><b>תרופה חלופית/ אלטרנטיבית</b></p>
<p>תרופה אשר הוכרה ואושרה לשיווק כתרופת יתום ( Orphan Drug ) ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות</p>	<p><b>תרופת יתום</b></p>

## 2. מקרה הביטוח

**2.1** הצורך בטיפול בתרופה/ות למטרות ריפוי ו/או מניעת החמרה של מחלה קיימת ו/או מניעת חזרתה של מחלה שנגרמה כתוצאה ממחלה ואשר אינה/ן נכללות בסל הבריאות ו/או הכלולה/ות בסל הבריאות אך מאושרת/ות להתוויה שונה מזו לה זקוק המבוטח, ואינה/ן ממונת/ות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבוטח, אך רשומות ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ובלבד שאין לתרופות אלו תרופות חלופיות הכלולות בסל התרופות, ובתנאי שהמבוטח קיבל המלצה בכתב מרופא מומחה לצורך טיפול במחלתו.

**2.2** תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL המבטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- 1) פרסומי ה- FDA
- 2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- 3) US Pharmacopoeia-Drug information
- 4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
  - א. עוצמת ההמלצה ( Strength Of Recommendation )
  - נמצאת בקבוצה I או II a
  - ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B

ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National

Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

(1) NCCN

(2) ASCO

(3) NICE

(4) ESMO Minimal Recommendation

**2.3** טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.

**2.4** תרופה חליפית אשר לאחר תחילת השימוש בה אינה מביאה לתוצאות

דומות לתוצאות השימוש הצפויות בתרופה קיימת שאינה כלולה בסל הבריאות, תכסה החברה את התרופה שאינה כלולה בסל הבריאות לפי סעיפים 2.1-2.5.

**2.5** שני רופאים בדרגת מנהל מחלקה ומעלה או דרגה מקבילה בחו"ל, הצהירו בכתב, כי התרופה עשויה להאריך את חיי המבוטח בשנה אחת או יותר.

### **3. תרופה מיוחדת**

תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות אשר מתקיימים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:

**3.1** המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29 ג' לתקנות הרוקחים תכשירים (תשמ"ו - 1986) אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי.

**3.2** התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

**3.2.1** לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ו/או רופא מומחה בכיר כהגדרתו לעיל קבע כי מתקיימים התנאים הבאים במצטבר:

3.2.1.1 התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים.

3.2.1.2 התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.



3.2.1.3 מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

**4. סכום הביטוח** – הכיסוי הוא עד לתקרה של 2,500,000 ₪ (**הסכום יתחדש מידי 2.5 שנים**). וכולל כיסוי עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקת התרופה, מתן עירוי וכדומה, בסכום שלא יעלה על 150 ₪ ליום. תקרת הכיסוי לתרופה מיוחדת כהגדרתה לעיל בסעיף 3 – עד 250,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.

#### **5. השתתפות עצמית –**

**5.1** על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 150 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום 400 ₪ לכל המרשמים החודשיים.

**5.2** על תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחדש לא תחול השתתפות עצמית.

**5.3** קיבל המבוטח שיפוי מתוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור עלות התרופה או תרופה מיוחדת המכוסה על ידי החברה המבטחת, על פי נספח התרופות או תוכנית זו, והחברה לא נדרשה לשלם תשלום כלשהו למבוטח ו/או לגורם אחר בגינה, יהיה המבוטח זכאי להחזר סכום ההשתתפות עצמית ששילם לקופת החולים, אך לא יותר הסכום שהיה משולם על ידי החברה.

#### **6. בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה**

הופנה המבוטח לביצוע בדיקות גנטיות ע"י רופא מומחה, לאחר שאובחן במחלה כלשהי, לצורך בחינת התאמת הטיפול, לרבות הטיפול התרופתי, ובחינת השפעת הטיפול באותה המחלה, בין היתר לצורך:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול ו/או מניעת תופעות לוואי.
- סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- במחלת הסרטן איתור מקום הגידול, הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד, אבחון מוקדם, בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות הנ"ל, התייעצות אחת עם גנטיקאי והתייעצות אחת עם פרמקולוג הכול, עד לסך של 20,000 ₪ לכל מחלה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 25% בגין כל בדיקה או התייעצות כאמור.

7. המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לנותן השירות אך ורק בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.
8. מבוטח שהחל טיפול תרופתי בטרם הצטרף לפוליסה והצטרפותו הינה תחת חריג מצב רפואי קודם, במידה ולאחר תחילת תקופת הביטוח חל שינוי במצבו אשר בשל כך נדרש טיפול תרופתי בתרופה אחרת המכוסה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי ולא יחולו תנאי חריג מצב רפואי קודם.

**9. בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:**

1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט האמור בסעיפים 2 ו-3 לעיל.
2. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.
4. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
5. תרופה הנדרשת לטיפולי פוריות ו/או עקרות. למעט, במידה וקיים כיסוי טיפולי פוריות בפוליסה.
6. שתל או אביזר להחדרת תרופה
7. תרופות Anti-aging
8. תרופה במהלך ניתוח או השתלה- יכוסה רק הפער שנותר (ככל שנותר) לאחר מימון קופ"ח.
9. תרופות לטיפול בהשמנת יתר.
10. תרופה לגמילה מעישון.
11. תרופה לטיפול באיך-אונות.

# פרק ג'1' ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ

## 1. הגדרות:

**1.1 התייעצות-** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

**1.2 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.

**1.3 ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

**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.

**1.4 מרפאה כירורגית פרטית-** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

**1.5 בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

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

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

**1.6 קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

**1.7 רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר

מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

**1.8 שתל -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביו, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

**1.9 תקופת אכשרה -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין איזו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

**1.10 הסדר ניתוח -** הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

**1.11 הסדר התייעצות -** הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

## **מקרה הביטוח:** 2.

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

**הכיסוי הביטוחי:**

בקרורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

- 3.1.** שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2.** שכר מנתח.
- 3.3.** ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4.** טיפול מחליף ניתוח- זאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.fnx.xo.il](http://www.fnx.xo.il) כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

**חריגים:**

**סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.**

**החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:**

- 4.1.** מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2.** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

- 4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברת הביטוח לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברת הביטוח קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

## **5. תקופת אכשרה:**

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

## פרק ג2' – כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

(לבעלי שב"ן – כללית מושלם/פליטיום, מכבי מגן זהב/שלי, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום פרק ג1', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 3.9. בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 5 לפוליסה זו

### 1. הגדרות:

**1.1 התייעצות-** התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח,

בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.

**1.2 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.

**1.3 ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

**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 וכך ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

**1.4 מרפאה כירורגית פרטית**- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

**1.5 בית חולים פרטי**- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

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

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.



**1.6 קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994

**1.7 רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

**1.8 שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

**1.9 תקופת אכשרה** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

## **2. מקרה הביטוח:**

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

## **3. הכיסוי הביטוחי:**

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

**3.1** שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

**3.2** שכר מנתח.

**3.3** ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים,

תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

**3.4** טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל .

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.fnx.xo.il](http://www.fnx.xo.il) כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

#### **4. תגמולי ביטוח:**

הסדר ניתוח - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי חברת הביטוח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי חברת הביטוח או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח החבר/תושב המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

**4.1** בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או

הסדר התייעצות, לפי העניין.

**4.2** במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן או הפסקת החבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצעות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, ידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן, תיקבע השתתפות חברת הביטוח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

**4.3** במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

## **5. ברות ביטוח:**

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברתו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מחברת הביטוח תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

## **6. חריגים:**

**סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.**

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
  - 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
  - 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר

## ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

### **7. תקופת אכשרה:**

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.

בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

## פרק ד' : כיסוי לניתוחים בחו"ל

### הגדרות:

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

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

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

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

### 1. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא שהתמחותו בתחום בו נדרש הניתוח ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכל במהלך תקופת הביטוח לראשונה.

**1.1 תגמול הביטוח בגין מקרה ביטוח** המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 1.2 להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

**1.1.1** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, ללא תקרה.

**1.1.2** בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, עד לגובה עלות ניתוח זהה אצל נותני השירות בחו"ל שבהסכם עם המבטח או, במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל, בסכום השווה ל-200% מעלות הניתוח בארץ.

## 1.2

בנוסף לכיסויים שיינתנו בעת אשפוז, לרבות שכר מנתח, אשפוז (עד 30 יום), חדר ניתוח, תרופות ותותבת (עד לסכום של 25,000 ₪ למקרה ביטוח במקרה של תותבת) בעת השהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והסתת גופה, הכל כמפורט להלן:

1.2.1.1 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

1.2.1.2 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד 50,000 ₪

1.2.1.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למלווה אחד - עד 800 ₪ ליום ועד 35 יום. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה 1,050 ש"ח ליום ועד 35 ימים סה"כ. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

1.2.1.4 הוצאות הססת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר (חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח.

1.2.1.5 פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על-ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור. סעיף זה מתייחס לפרוצדורות רפואיות שהיו מכוסות בניתוח בישראל, אך אם המדובר בפרוצדורות רפואיות המתחייבות מבחינה רפואית מאופי השהות בחו"ל אזי לא תחול הגבלה זו.

**1.3 המבטח לא יהיה אחראי ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה (בנוסף לחריגים הכלליים המופיעים בתנאי הפוליסה) בכל אחד מהמקרים הבאים:**

**1.3.1 ניתוח שמטרתו היא יופי ו/או אסתטיקה לרבות ניתוח**

**לתיקון קוצר ראייה שמקורו אינו בצורך רפואי, ולמעט**

**ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד כולל התאמה קוסמטית**

**של השד הבריאה במידה ולא ניתן להתאים את השד התותב**

לשד הבריא. יודגש כי ניתוח קוסמטי הנדרש למטרת טיפול רפואי עקב קיומה של בעיה רפואית ו/או ניתוח קוסמטי המהווה חלק בלתי נפרד מניתוח אחר המכוסה ע"י פוליסה זו, יכוסו באופן מלא.

1.3.2 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות הדמיה כגון: CT ו-MRI כאשר כל אלה אינן חלק מהניתוח או מכוסות על פי סעיף 2.2.1.5

1.3.3 ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, למעט ניתוחי פה ולסת.

1.3.4 ניתוחי ברית מילה, ניתוח קיסרי, טיפול בפטרת הציפורניים/עור באמצעות ליזר, אלא אם נקבע צורך רפואי.

#### 1.4 תנאים מיוחדים לניתוחים פרטיים בחו"ל:

1.4.1 הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבוטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבוטח לנותני שירות שבהסכם או עד 200% מעלות הניתוח בארץ במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל.

1.4.2 החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.



## **2. טיפולים מחליפי ניתוח**

**מקרה הביטוח** – מבוטח שקיבל המלצה לניתוח ומעוניין לקבל טיפול מחליף ניתוח כהגדרתו בהסכם.

**הגדרת טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם

**2.1** בקרות מקרה ביטוח, רשאי המבוטח לבחור בטיפול מחליף ניתוח (להלן: "טיפול חלופי"), בהתקיים כל אלה:

**2.2** טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע. המבטח ישפה את המבוטח עבור הטיפול החלופי (לרבות סדרת טיפולים כאמור) עד לגובה העלות הכוללת בארץ, אותה נדרש היה המבטח לשלם לנותן שירות שבהסכם עם המבטח, אילו היה המבוטח מנותח (כולל כל הוצאות הנלוות לניתוח כאמור, הוצאות כל הצוות הרפואי, הוצאות החומרים, האשפוז, התכשירים הרפואיים, הבדיקות והתרופות, והוצאות ההחלמה כהגדרתן בסעיף 1.2)

## פרק ה' - אמבולטורי

### 1. מקרה הביטוח:

- הדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים שלהלך שלא בעת אשפוז הנובע מבעיה רפואית פעילה כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.
2. "בעיה רפואית פעילה" – בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב/או אינה בדיקה שגרתית) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית.
3. "מועד קרות מקרה הביטוח" – המועד בו ניתן השירות למבוטח.

### 4. תגמולי הביטוח:

#### 4.1 בדיקות אבחנתיות:

4.1.1 **הגדרת "בדיקות רפואיות אבחנתיות"** – בדיקות אבחנתיות, כגון בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

בדיקות אבחון פסיכודידיקטיות יכוסו ובלבד שהצורך בבדיקה נקבע על ידי רופא נוירולוג.

4.1.2 **התחייבויות המבטח** - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 5,000 ₪ למבוטח בשנת ביטוח.

#### 4.2 חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל

##### 4.2.1 הגדרות

4.2.1.1 **"חוות דעת ראשונה"** – חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר, אם קיים, לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות,

תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה. למען הסר ספק, מכתב שחרור מבית חולים מהווה חו"ד ראשונה לכל דבר.

4.2.1.2 **"חוות דעת שניה"** - חוות דעת רפואית נוספת הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למוטב מרופא מומחה, נותן חוות הדעת הנוספת או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים ע"י חברת מחקר. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

4.2.2 **התחייבות המבטח- מבוטח אשר לו חו"ד ראשונה זכאי לחו"ד שניה**, הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

4.2.3 המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן: בחו"ל - שיפוי עד תקרה של 8,000 ₪ לכל חו"ד. בארץ - שיפוי עד תקרה של 1,200 ₪ לכל חו"ד. במידה והמבוטח הגיש תביעה לשב"ן לכיסוי חו"ד הרשומה לעיל תכסה חברת הביטוח את יתרת הסכום עד לגובה ההוצאה בפועל ולא יותר מהתקרות הקבועות לעיל.

**המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.**

### 4.3 בדיקות הריון:

#### 4.3.1 הגדרת "בדיקות הריון":

- 4.3.1.1 סיקור גנטי.
- 4.3.1.2 בדיקת סיסילי שליה.
- 4.3.1.3 סריקה על קולית מוקדמת ו/או מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
- 4.3.1.4 אקו לב עובר.
- 4.3.1.5 בדיקת מי שפיר.
- 4.3.1.6 שיקוף עורפי.
- 4.3.1.7 בדיקת NIPT

4.3.1.8 כל בדיקה רפואית הנדרשת למבוטחת במהלך תקופת הריון לפי הפניית רופא מומחה.

**4.3.2** **התחייבות המבטח:** המבטח **ישתתף בעלות** הבדיקות המופיעות בסעיף 4.3.1 לפי הפירוט הבא - עד תקרה של 2,500 ₪ לפרק זה במהלך הריון, ובמקרה של הריון מרובה עוברים עד 4,000 ₪ ההשתתפות העצמית תהיה בסך 20% .

## דף רשימה

תקופת הביטוח: 60 חודשים

מועד תחילת הביטוח: 01/07/2020

הממד היסודי: הממד שפורסם ב15/06/2020

פרמיה חודשית בש"ח על פי מסלול ניתוחים מלא

חבר/תושב/בן בת זוג/ילד מעל 27 /ילד שנישא      ₪ 83.00  
ילד עד גיל 26      ₪ 29.00

פרמיה חודשית בש"ח על פי מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן

חבר/תושב/בן בת זוג/ילד מעל 27 /ילד שנישא      ₪ 79.00  
ילד עד גיל 26      ₪ 27.50

## אופן התשלום:

במימון מלא של בעל הפוליסה לכלל הרבדים שנבחרו	חברי/ות בעל הפוליסה ובני משפחותיהם
תשלום דרך בעל הפוליסה	בני/ות משפחה של חברי/ות בעל הפוליסה, תושבים/ות ובני משפחותיהם

## קיבוץ שער הגולן

לברורים והצטרפות, יש לפנות לרכזת בריאות.

לברורים ושאלות בנושאים מקצועיים, ניתן לפנות  
לצוות חברת מלמד יועצים בע"מ  
בדוא"ל: [info@mic.co.il](mailto:info@mic.co.il) או בטלפון: 09-7655326

במקרה של תביעה, ברורים ושאלות ניתן לפנות  
למוקד [03-7332222](tel:03-7332222) | \*3455 fnx