

ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי מכללת ספיר,
מכללת הנגב
ולבני משפחותיהם



ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי – מכללת ספיר, מכללת הנגב ובני משפחותיהם

kali.group

חושבים קדימה בשבילך



המכללה האקדמית (ספיר)



ליטת פי ספיר (נגב)

Negev College

כשזה חשוב לך זה חשוב לנו



עובדים יקרים,

לאחרונה הסתיים תהליך ארוך של גיבוש תכנית הבריאות הקולקטיבית המחודשת לעובדי המכללה ובני משפחותיהם.

הצבנו לעצמנו כמטרה לשפר ולעדכן את פוליסת הבריאות המקיפה והרחבה ככל הניתן במחירים שווים לכל, ואכן התוכנית המוצגת לכם היא אחת התוכניות המקיפות והאיכותיות הקיימת במשק הישראלי בכלל.

התכנית באה לתת מענה לחסרונותיה של הרפואה הציבורית בישראל המוגבלת במשאביה והמתקשה לתת את הפתרונות הנדרשים במקרה של צורך רפואי בשעת צרה, וכוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספיק במסגרת הביטוח המשלים בקופות החולים.

התכנית נועדה לתת לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון עבור מקרים המכוסים בה. אנו במכללה מייחסים חשיבות רבה לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלת חיים.

חברת הפניקס בה בחרנו כספקית השרות הזה בפעם השנייה ברציפות היא אחת החברות המובילות בתחום הבריאות בישראל וניסיונה הרב מאפשר לכם לקבל את המוצר והשירות הטוב, המיומן והיעיל ביותר בעת הצורך.

בברכת בריאות טובה ושלמה,

הנהלת המכללה

עובדים יקרים,

אנו שמחים להציג בפניכם את ביטוח הבריאות לעובדי הארגון ובני משפחותיהם אשר חודש לתקופה נוספת. תכנית הביטוח המחודשת הותאמה להנחיות הפיקוח ולרפורמה שבוצעה בעולם ביטוחי הבריאות.

ביטוח הבריאות מעניק למבוטחים כיסוי רחב ביותר בתחומי הרפואה השונים: החל מכיסוי לניתוחים בארץ ובח"ל, השתלות, כיסוי לתרופות שאינן מכוסות בסל הבריאות ועוד.

קבוצת קלי הוקמה בשנת 1970 ומטפלת באלפי מבוטחים. צברנו ניסיון רב בטיפול בתביעות בריאות, סיעוד, תאונות ועוד. הסוכנות מטפלת בארגונים רבים ומול כל חברות הביטוח.

אנו בקבוצת קלי מקווים, כי לעולם לא יזדקקו החברים לעשות שימוש בשירותים הרחבים שהפוליסה מעניקה, אולם במידה ויעלה הצורך, יש על מי לסמוך.

אנו מאחלים לך ולבני משפחתך בריאות שלמה!

כי על בריאות לא מתפשרים

קבוצת קלי

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
15	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי פרקי הפוליסה:
35	פרק א' - השתלות ו /או טיפולים מיוחדים בחו"ל
38	פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
42	פרק ג' – ניתוחים: מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
46	מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
52	פרק ד' – שירותים אמבולטוריים
56	פרק ה' – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל
58	רובד הרחבה נוסף – ביטול השתתפות עצמית
63	פרק ו' - כתב שירות- רפואה משלימה
64	דף רשימה

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

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המכללה האקדמית ספיר ומכללת הנגב ובני משפחותיהם .
שם בעל הפוליסה	מכללה אקדמית ספיר בע"מ ח.פ. 580322451
סוג הביטוח	השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל שירותים אמבולטוריים כתב שירות
תקופת הביטוח	5 שנים (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	<p><u>תכנית בסיסית – (ע"ח המעסיק ללא שווי מס)</u> פרק א' - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות פרק ג' - ניתוחים: מסלול 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל עם השתתפות עצמית של 3,000 ₪ לכל ניתוח מסלול 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל <u>רובד הרחבה - וולונטרי -</u> פרק ד' - ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה' - שירותים אמבולטוריים פרק ו' - כתב שירות: רפואה משלימה <u>רובד הרחבה נוסף -</u> ביטול השתתפות עצמית בניתוחים.</p>

<p>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</p>	<p>כמפורט בס' 9, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 8), תרופות (ס' 4, ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית (ס' 5), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 5), ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 4), שירותים אמבולטוריים (ס' 3).</p>
<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p>	<p>פרק השתלות (ר' סע' 3.4, 4.13, 6.1 ו-6.2)</p>
<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>	<p>קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.</p>
<p>השתתפות עצמית</p>	<p>קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.</p>

שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל		+	
תרופות		+	
ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	+		
ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל		+	
שירותים אמבולטוריים		+	
כתב שירות		+	

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

תמצית פרטי הפוליסה

רובד הרחבה נוסף – ביטול השתתפות עצמית בניתוחים	רובד הרחבה וולונטרי – שירותים אמבולטוריים + ניתוחים בחו"ל+רפואה משלימה	רובד הבסיס מסלול ניתוחים עם נותן שירותים שבהסכם והשתתפות עצמית לכל ניתוח 3000 ₪ (בהשתתפות המעסיק לעובד בלבד)	מבוטחים	עלות הביטוח
₪ 25.00	24.00	₪ 76	מבוטח בוגר	
₪ 19.00	20.00	₪ 22	ילד/נכד עד גיל 25	
<p> • ילד/נכד שלישי ואילך חינם. • נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חינם. • נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית. </p> <p> הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.12.2020 לפי 12353 נק' וכן לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. </p> <p> באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבוטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- <u>כנס למחשבון</u> </p> <p> מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם. </p>				

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנקחו מגופו של אדם	2.1	נותן שירות שבהסכם – ללא תקרה. נותן שירות שלא בהסכם – עד לתקרה של 4,500,000 ₪	-
השתלת לב מלאכותי	ס' 2.4.4	עד לתקרה של 1,014,945 ₪	-
טיפול מיוחד בחו"ל	1.30	עד לתקרה של 800,000 ₪ .	-
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 2.3	ללא תקרה	-
בדיקות הערכה רפואית	ס' 2.4.4	לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ומלווה אחד.	-
משתלים, מפרישי תרופות וכו'	ס' 2.4.9	ללא תקרה	-
הוצאות בגין דיאליזה בחו"ל	ס' 2.4.11	עד לתקרה של 150,000 ₪.	-
הטסת גופה	ס' 2.4.10	כיסוי מלא.	-
בדיקות רפואיות לצורך איתור האיבר המושלל בארץ או בחו"ל	ס' 2.4.1	עד לתקרה של 202,989 ₪.	-
הוצאות לפעילות רפואית לצורך איתור, שימור והעברת האיבר להשתלה	ס' 2.4.2	עד לתקרה של 100,000 ₪.	-
הוצאות נסיעה	ס' 2.4.4	למבוטח ומלווה אחד עד לתקרה של 18,776 ₪	-

	(למבוטח שהינו קטין יכוסו הוצאות למבוטח ולשני מלווים)		
-	עד לתקרה של 85,255 ₪.	ס' 2.4.5	הוצאות הסטה רפואית
-	עד 180 יום לפני ועד 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל למבוטח ועד לתקרה של 1,015 ₪ לאדם ולא יותר מתקרה של 202,989 ₪.	ס' 2.4.6	הוצאות שהייה בחו"ל
-	העלות הכוללת לא תעלה על עלות ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול בחו"ל.	ס' 2.4.7	הבאת רופא מומחה מחו"ל
-	עד לתקרה של 100,000 ₪.	ס' 2.4.8	הוצאות לטיפול המשך
-	פיצוי חד פעמי ע"ס 243,587 ₪.	ס' 2.5	פיצוי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא מעורבות החברה
-	פיצוי חד פעמי ע"ס 100,000 ₪.	ס' 2.5.1	פיצוי חד פעמי למבוטח אשר ביצע השתלה בארץ
-	פיצוי חודשי ע"ס 5,075 ₪ להשתלת כבד, לב, לב ריאה, ריאה, מעי לתקופה מרבית של 24 חודשים. פיצוי חודשי ע"ס 5,075 ₪ לתקופה מרבית של 12 חודשים. פיצוי חודשי ע"ס 2,560 ₪ לתקופה מרבית של 12 חודשים להשתלת קרנית והשתלה עצמית.	ס' 2.6	גמלה לאחר השתלה

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p>152 ₪ למרשם לחדש לתרופה ולא יותר מסכום של 304 ₪ לחדש לכמה מרשמים.</p> <p><u>טיפול רפואי בלונה</u> - עד לתקרה של 203 ₪ לכל טיפול</p> <p>בגין תרופה לסרטן שעלותה 10,000 ₪ לחדש לא תידרש השתתפות עצמית.</p>	<p align="center">90 יום.</p>	<p>עד לתקרה של 1,500,000 ₪ לכל 3 שנים.</p>	<p>1. 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>2. 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>3. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL.</p> <p>4. טיפול תרופתי בתרופת יתום.</p>	<p align="center">תרופות</p>

פרק ג' 1 - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל סוג ניתוח /מחליף ניתוח			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
מובהר כי לכל ניתוח / מחליף ניתוח תהיה השתתפות עצמית של 3000 ₪ .			
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	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	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	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) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4 : טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	
<p>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.</p>			

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)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה - 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד ;	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	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). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

רובד הרחבה – וולונטרי

פרק ד' - ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
		<p>תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 2: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: לא תחול תקרת סכום שיפוי.</p> <p>באמצעות נותן שירותים שלא בהסכם: ניתוח/מחליף בחו"ל - עד תקרת ההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח, כהגדרתו לעיל, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.</p>	סעיף 2	<p>ניתוח בחו"ל / מחליף ניתוח בחו"ל ושירותים רפואיים</p>
-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-	ס' 2.1	מנתח/מרדים
-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-	ס' 2.2	הוצאות בית חולים בחו"ל
-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	למבוטח ומלווה אחד (למבוטח שהינו קטין יכוסו הוצאות למבוטח ושני מלווים) עד לסכום של 815 ₪ ליום ועד לתקרה של 40,000 ₪.	סעיף 2.3	הוצאות טיסה ושהייה
-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	עד לתקרה של 85,255 ₪.	עד לתקרה של 85,255 ₪.	הטסה רפואית
-	30 יום למעט מקרים של הריון, לידה ופוריות – 6 חודשים	-	ס' 2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 3 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	כיסוי הוצאות הטסת גופה

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
התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח)	ס' 3.1	עד ל-2 התייעצויות בשנה, עד לסכום של 1,294 ₪ להתייעצות.	90 יום	15%
בדיקות ושירותים להיריון	ס' 3.2	עד לתקרה של 2,975 ₪ למבוטח לכל היריון ועד 3,825 ₪ להיריון מרובה עוברים.	6 חודשים	15%
טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל	ס' 3.3	בארץ – עד לתקרה של 12,325 ₪ לסדרת טיפולים לילד. בחו"ל – עד לתקרה של 17,425 ₪ לסדרת טיפולים לילד.	6 חודשים	15%
שירותי פונדקאות	ס' 3.4	עד לתקרה של 12,325 ₪ לסדרת טיפולים לילד.	6 חודשים	25%
טיפולים אונקולוגיים	ס' 3.2	עד לתקרה של 172,541 ₪ לשנת ביטוח.	90 יום	15%
מנוי למשדר קרדיולוגי	ס' 3.6	עד לסכום של 133 ₪ לתקופה מרבית של 18 חודשים.	90 יום	50%
חוות דעת שנייה בחו"ל	ס' 3.7	עד לסכום של 3,868 ₪.	90 יום	20%
אבזורים רפואיים	ס' 3.8	אבזורים לפי המוגדר בסעיף 3.12 ועד לסכום של 863 ₪ לאבזר.	90 יום	20%
טיפולי פיזיותרפיה /הידרותרפיה	ס' 3.9	עד לסכום של 153 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים בשנה למבוטח.	90 יום	20%
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 3.10	עד לסכום של 4,250 ₪.	90 יום	15%
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	ס' 3.11	עד לסכום של 3,019 ₪.	90 יום	25%
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	ס' 3.12	עד לסכום של 3,825 ₪.	90 יום	15%
טיפול בחדר מלח	ס' 3.13	עד לסכום של 104 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת	90 יום	20%

		ביטוח למבוטח.		
15%	90 יום	עד לסכום של 3,451 ₪.	ס' 3.14	בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטניים
15%	90 יום	בדיקת ממוגרפיה, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת SPA ובדיקת לחץ תוך עיני עד לסכום של 355 ₪ לבדיקה.	ס' 3.15	רפואה מונעת מגיל 40 ואילך
15%	90 יום	עד לתקרה של 8,627 ₪ למקרה ביטוח.	ס' 3.16	טיפול ע"י מקרופאגים
20%	90 יום	850 ₪ לאבחון 680 ₪ לטיפול בבעיות הרטבה ועד 1,700 ₪ לכל הטיפולים. התקרה המקסימלית לאבחון הינה לכל תקופת ביטוח של 36 חודשים	ס' 2.17	אבחון בעיות התפתחות הילד טיפולים מתחום התפתחות הילד טיפולים בבעיות הרטבה

פרק ו' – כתבי שירות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית
רפואה משלימה	סעיף 2.1-2.2 לכתב השירות: טיפולי רפואה משלימה במרפאות הסדר לפי סוגי הטיפולים המפורטים בתכנית.	עד 15 טיפולים בשנת ביטוח ועד 20 טיפולים למשפחה. עפ"י אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	20% ולא יותר מ-153 ₪ כולל מע"מ לכל טיפול.

רובד הרחבה נוסף - ביטול השתתפות עצמית בניתוחים

כיסוי	רכישת רובד נוסף אשר מבטל את ההשתתפות העצמית של פרק הניתוחים שבתכנית הבסיס

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

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי המכללה האקדמית ספיר ובני משפחותיהם

1. מבוא:-
- 1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.
- 1.3 בעל הפוליסה: מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והנו:
המעסיק לגבי עובדיו ובני משפחתם – **המכללה האקדמית ספיר ומכללת הנגב** -
ח.פ. 580322451
2. המבטחים:-
- 2.1 **מבטחים** - חברי הסגל האקדמי ו/או מרצים מן החוץ ו/או חברי הסגל המנהלי, אשר עובדים אצל בעל הפוליסה, בני זוגם, לרבות ידוע/ה בציבור וילדיהם, ו/או בני זוגם של ילדיהם ו/או ילדי ילדיהם (נכדי העובד/ת) ו/או אלמנ/ה של עובד/ת של בעל הפוליסה, לרבות ידוע/ה בציבור אשר במועד הצטרפותם לביטוח, בתנאי ששםם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
- יובהר כי חברי הסגל האקדמי, חברי הסגל המנהלי, המרצים מן החוץ ובני משפחותיהם אשר יצטרפו לביטוח זה תוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח או תוך 90 ימים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה, יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות ויהיו פטורים מתקופת אכשרה.**
- 2.2 יובהר כי גריעת מבטח מרשימת המבטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו תצהירים בכתב כולל תלוש שכר של בעל הפוליסה והמבטח המאשרים את האמור לעיל.
- 2.3 גיל המבטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבטח (שנים גרגוריאניות)
- 2.4 להסרת ספק, יובהר כי כל המבטחים עפ"י הסכם זה כמוגדר לעיל, יוכלו להיות מבטחים בהסכם זה כל עוד ההסכם בתוקף וכל עוד דמי הביטוח החודשיים משולמים בגינם במרוכז באמצעות בעל הפוליסה.
3. מהות הביטוח:-

3.1 פירוט הכיסויים בביטוח:

רובד בסיסי- (בהשתתפות המעסיק)

- 3.1.1 כיסוי להשתלחות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל כמפורט בפרק א'.
- 3.1.2 כיסוי לתרופות שלא בסל הבריאות
- 3.1.3 כיסוי מורחב לניתוחים ומחליפי ניתוח עם נותן שירות שבהסכם ובכפוף להשתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל ניתוח - כמפורט בפרק ג'1
או- פרק ג'2- ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
רובד הרחבה וולונטרי (ע"ח העובד)
- 3.1.4 כיסוי לשירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ד'.
- 3.1.5 כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל – פרק ה
- 3.1.6 כתב שירות-רפואה משלימה – פרק ו'

רובד הרחבה נוסף (ע"ח העובד)

- רכישת ביטול השתתפות עצמית בפרק הניתוחים בארץ למסלול מלא עם נותן שירותים שבהסכם
- 3.2 **רשימת גבולות אחריות המבטח - כמפורט בפרקים.**

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

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

- 3.4 במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בתוך 90 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה.

4. תקופת הסכם הביטוח-

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח (להלן: "**ההסכם**" או "**הביטוח**") הינה 5 שנים, שתחילתן בתאריך 01/01/2021 (להלן: "המועד הקובע") וסיומן בתאריך 31/12/2025 (להלן: "**תקופת ההסכם**").
- 4.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על

הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים.

בעל הפוליסה רשאי לבקש בכתב הארכת הפוליסה ב-90 יום נוספים עם תום תקופת הביטוח לצורך מו"מ לחידוש לתקופה נוספת בחברה המבטחת זאת בכפוף להסכמת החברה המבטחת .
בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק את ההסכם בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום למבטח מכל סיבה שהיא בכתב.

- 4.4 פחת מספר המוטבים בקבוצה מ-50, יהיה רשאי המבטח שלא לחדש את הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 4.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 4.1 ו-5.2 ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסיים אלה.

5. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו-

- 5.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה המאוחר מהסעיפים הבאים:
- א. היום בו נרשם המבוטח בקובץ המבוטחים על ידי בעל הפוליסה.
- ב. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- ג. במקרה שנדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה, הראשון בחודש לחודש העוקב בו מסר המבוטח את הצהרת הבריאות למבטח.
- 5.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :
- א. היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- ב. בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.
- ג. ב-1 לחודש העוקב לחודש בו הודיע המבוטח בכתב למבטח על רצונו להיגרע מהפוליסה שעפ"י הסכם זה, מובהר כי עם גריעת חברת/סגל מהפוליסה, יגרעו מהפוליסה גם בני משפחתו/ה.
- ד. לגבי מבוטח שהוא ילדו של חבר/ה וכל עוד החבר/ה מבוטח בהסכם – בתום החודש שבו מלאו לו 25 שנה, ימשך הביטוח של הילד בתעריף מבוטח בוגר ובתנאי שהגביה עברו ממשיכה להיות מרוכזת ע"י בעל הפוליסה. למעט אם ביקש להפסיק את הביטוח תוך 90 יום מתום החודש בו מלאו לו 25 שנה.

5.3 אופן ההצטרפות לביטוח-

- 5.3.1 הצטרפות המבוטחים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל, תעשה ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וחיתום וללא תקופת אכשרה וזאת בתנאי כי הינם מצטרפים תוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם או תוך 90 יום ממועד הצטרפותו של המבוטח הראשי אל בעל הפוליסה ובכפוף לאמור להלן.
- (א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא יצרף המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחדש 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 מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

5.3.2 מבטחים אשר יצרפו לביטוח במועד שונה מהאמור בסעיף 5.3.1 לעיל יחויבו במילוי טופס הצטרפות והצהרת בריאות ומעבר חיתום וכן בתקופת אכשרה.

5.3.3 תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח יהיה מבטח החל ממועד הולדתו, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום או בתקופת אכשרה, ובלבד שהבקשה לצירופו נעשתה בתוך 90 יום ממועד הלידה וששולמה פרמיה בגינו ושני הוריו (במקרה של משפחה חד הורית - הורה יחיד- בין אם מבחירה ובין אם אלמן או גרוש) מבטחים לפחות 6 חודשים בהסכם זה. בכל מקרה אחר, הורה התינוק יגיש למבטח בתוך 3 חודשים מיום הלידה בקשה לצירוף התינוק (כתנאי הכרחי לצירופו) לביטוח לאחר לידתו בצירוף תעודות רפואיות על מצבו הרפואי של התינוק (תעודת שחרור מבית החולים) והתינוק יצורף להסכם זה רק לאחר אישור על כך בכתב מאת המבטח. לאחר 90 יום מיום לידת התינוק תידרש הצהרת בריאות.

5.4.4 **מבטח חוזר** - מבטח שגרע עצמו מהביטוח ויבקש להצטרף בהמשך לביטוח מחדש, יחויב במילוי הצהרת בריאות וחיתום וקבלת אישור המבטח על הצטרפותו מחדש לביטוח עפ"י הסכם זה.

5.4 המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם -

5.4.1 הפסיק המבטח להיות מבטח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי, יוכל המבטח אם ירצה לבקש באופן יזום ועל אחריותו להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה הנהוגה באותה עת אצל החברה המבטחת.

5.4.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, ייחשב תאריך הצטרפות המבטח להסכם זה, או להסכם הקודם לגבי מבטחים קיימים, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים ככל הניתן. בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

5.4.3 המבטוח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום מיום פרישתו מהסכם זה.

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

5.4.5 **היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה והוטלו עליו חחרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.**

5.4.6 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.

מצב רפואי קודם-

6.

6.1 הגדרות:

"מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

"סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

6.2 תחולת חריג מצב רפואי קודם-

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן:

6.2.1 פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע או ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם לגבי מבוטחים קיימים.

6.2.2 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע או ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם לגבי מבוטחים קיימים.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב "המועד הקובע" כמועד הצטרפותם להסכם זה.

6.3 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

6.4 הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות.

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

6.6 על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפתם לביטוח שעל פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

תשלום בעת תביעה:

.7

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בגין הוצאות ממשיות אשר הוצאו בפועל ו/או לפצות את המבוטח ו/או לשלם ישירות לספק השירותים והכל בכפוף ובהתאם להוראות ולסייגים הקבועים בפוליסה ובהתאם לכיסוי המפורט בפוליסה, ובתנאי שהסכם זה יהיה בתוקף לגבי אותו מבוטח עפ"י הוראות הסכם זה ושמזו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם לסעיף 8 להלן.

התחייבות המבטח לתשלום תביעה תהיה עד 7 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטח. אישור התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה.

הצרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

.8

8.1 בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל הפוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

בעל הפוליסה ימסור לחברה מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה על פי הדין ולפי ההסכם.

8.2 לא יאוחר מ- 15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבוטחים בחדש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיעבר מהמבטח לבעל הפוליסה.

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

8.4 למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, לא יחשבו מבוטחים על פי הסכם זה, וזאת עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמדים לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם. תשלום פרמיה על ידי בעל הפוליסה בגין מבוטחים אלו, מבלי שניתן אישור מפורש מהמבטח כאמור, לא ייחשב כאסמכתא להיותם מבוטחים, והמבטח לא יהיה חייב בכיסוי בגין צירופם לביטוח ללא אישור כאמור.

דמי ביטוח (פרמיות)

9.

9.1 דמי הביטוח החודשיים (בש"ח) הינם כדלקמן: (לפי מדד 15.12.2020 לפי 12353 נק')

מבוטחים	רובד הבסיס מסלול ניתוחים עם נותן שירותים שבהסכם והשתתפות עצמית לכל ניתוח 3000 ₪ (בהשתתפות המעסיק לעובד בלבד)	רובד הרחבה וולונטרי שירותים אמבולטוריים ניתוחים בחו"ל+רפואה משלימה	רובד הרחבה נוסף – ביטול השתתפות עצמית בניתוחים
מבוטח בוגר	76 ₪	24.00	25.00 ₪
ילד/נכד עד גיל 25	22 ₪	20.00	19.00 ₪

*ילד עד גיל 25, מהילד השלישי ואילך – ללא תוספת פרמיה.

* נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית.

* נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חינם.

9.2 בעל הפוליסה ישתתף בתשלום דמי הביטוח בגין חברי הסגל האקדמי וחברי הסגל המנהלי ויגבה את תשלום דמי הביטוח הנותרים, ואת תשלום דמי הביטוח בגין המרצים מן החוץ ובגין בני המשפחה המבוטחים, בהסכמת העובד, באמצעות אמצעי גבייה אישי של העובד.

9.3 בכל אחד ממועדי התשלום בתקופת ההסכם, יעביר בעל הפוליסה למבטח את דמי הביטוח החודשיים, שהם דמי הביטוח החודשיים לפי סעיף 9.1 כפול מספר המבוטחים. למרות האמור לעיל, דמי הביטוח בגין המרצים מן החוץ ובני משפחותיהם, ייגבו באמצעי גבייה אישי.

9.4 דמי הביטוח יוצמדו למדד בתום כל שנת ביטוח, וישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם. גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור כל המבוטחים על ידי בעל הפוליסה המבקשים להישאר כמבוטחים בהסכם, הינה תנאי מהותי להסכם זה.

9.5 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בסעיף 11 להלן.

התאמת דמי הביטוח החדשיים-

בתום 30 חודשים מיום חידוש הפוליסה (דהיינו: 1.1.2021) היא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבטוחים ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ושיעור המגמה המסתמן לעתיד, בהתאם לנוסחה הקבועה להלך-כהפסדים בתכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפות יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות לרבות I.B.N.R ועמלת הסוכן המלווה בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד עבור כל הכיסויים הכלולים בפוליסה על סכום של 75% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד על כל הכיסויים בפוליסה .

אם יתברר, כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח, כהגדרתם לעיל, יועלו דמי הביטוח בגובה המתאים לאיזון הפסדי עבר ומניעת הפסד עתיד. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופה הקודמת, למעט הצמדתן למדד.

ישבו הצדדים ויגיעו להסכמות ביחס לעדכון דמי הפרמיה החדשיים ו/או הכיסויים הביטוחים בהתאמה . במידה ולא הגיעו הצדדים להבנות בנדון, שני הצדדים יהיו רשאים להביא את ההסכם לסיומו בהודעה מראש ובכתב של 90 יום.

10. פיגורים בתשלומים-

10.1 לא שולמו דמי הביטוח במועדם, על ידי המבטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

10.2 בוטלה הפוליסה עפ"י סעיף 10.1 יהיה זכאי בעל הפוליסה לדרוש את חידושה, תוך 30 יום ממועד הביטול, בתנאי שכל הפרמיות, אשר היה על המבטח ו/או בעל הפוליסה לשלם, תשולמנה במלואן, בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כחוק ממועד היווצרות הפיגור ועד התשלום בפועל. בתום 30 יום כאמור יהיה חידוש הפוליסה טעון הסכמתה בכתב של החברה.

11. תנאי הצמדה למדד של סכומי הביטוח ודמי הביטוח-

11.1 כל סכומי הביטוח ודמי הבטוח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן בתום כל שנת ביטוח, כמפורט להלך:

11.1.1 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

11.1.2 "המדד היסודי" - משמעו מדד חודש שנת 2020 שפורסם ב- 15 לדצמבר 2020 לפי 12353 נק'.

11.1.3 "המדד הקובע" - לגבי כל אחד מהתשלומים הנזכרים בסעיפים 11.2 ו- 11.3 להלך - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

11.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

תגמולי ביטוח - 12

12.1 המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם במקרה של מסירת הקבלות המקוריות לקופת חולים, בצרוף אישור קופת החולים בכתב על הסכום שכוסה על ידה. המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

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

12.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

12.4 נפטר המבטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

12.5 המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

הוראות לעניין חבות משותפת חכות שיבוב- 12.6

המבטח יהיה אחראי, לחד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

תחלוף (סברוגציה)- 13

13.1 מששילם המבטח תגמולי ביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטוח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת

אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבוטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

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

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

13.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש לשם מימוש זכותו של המבוטח, כאמור.

14. ביטוח כפל-

בביטוח כפל אחראים המבוטחים כלפי המבוטח יחד ולחוד לגבי סכום הביטוח החופף. המבוטחים ישאו בנטל החיוב בינם לבין עצמם כקבוע בס' 59 לחוק הביטוח, לפי היחס שבין סכומי הביטוח, לאחר ששילם המבוטח למבוטח את מלוא תגמולי הביטוח המגיעים לו. סעיף זה לא יחול על כיסויים שניתנים כפיצוי, מובהר כי על אף האמור לעיל זכאות המבוטח לכיסוי השירות לו הוא זכאי במסגרת פוליסה זו לא יפגע ולא יעוכב.

- כפל ביטוח

(א) היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המוכרות על פי פוליסה זו, במלואן או בחלקן, במסגרת פוליסה אחרת אצל החברה או מאת חברות ביטוח אחרות, כל אחד מהמבוטחים 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 מבוטח ובין אצל מבוטח אחר.

(ב) בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח. היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבוטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.

הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

15. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם-

15.1 המבוטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של הסייג המפורט להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

15.1.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 16 להלן.

15.1.2 שירותו של המבוטח בצבא או במשטרה, רק אם המבוטח זכאי

- לפיצוי ו/או לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.
- 15.1.3 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו.
- 15.1.4 השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, הפרעות, מהומות, מעשה חבלה, או כל פעולה בלתי חוקית.
- 15.1.5 אלכוהוליים למעט שימוש באלכוהול על פי מקובלות חברתית.
- 15.1.6 שימוש בסמים, שימוש בתרופות נרקוטיות ו/או אנטי פסיכיות ו/או אנטי דיכאוניות על ידי המבוטח (למעט אם השימוש נעשה על פי המלצת רופא).
- 15.1.7 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי ומקבל תשלום בגינה.
- 15.1.8 חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.
- 15.1.9 מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 15.1.10 הריון ולידה, לרבות דיכאון אחרי לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי והפסקת הריון מסיבות רפואיות וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק.
- 15.1.11 טיפול ו/או תרופות הקשורים ברפואה אלטרנטיבית, לרבות הומיאופתיה דיקור סיני, ויטמינים ו/או חיסונים.
- 15.1.12 שימוש בתוספי מזון, למעט האמור בפרק ב' להסכם זה.
- 15.1.13 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.
- 15.1.14 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים.
- 15.1.15 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופה ניסיוניים המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.
- 15.1.16 בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, זריקה, הזלפות, למעט שירותים המכוסים בפרקי הפוליסה השונים. הזרקה תוך עינית של אוסטין ותרופות דומות הניתנות בהזרקה תוך עינית לא תיכלל במסגרת החריגים בפוליסה זו.
- 15.1.17 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או ע"י מעשה או מחדל של הנ"ל.
- 15.1.18 סייג בשל מצב רפואי קודם – בכפוף לאמור בסעיף 6 לעיל, לא יכוסה מקרה הביטוח אשר הינו תוצאה של מצב רפואי קודם, שהתקיים במבוטח במועד הצטרפותו לביטוח או קודם לכן.

תקופת אכשרה .16

- 16.1 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 90 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבטח.
- 16.2 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור לשיניים וחניכים, להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון במהלך 180 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבטח.
- 16.3 למרות האמור בסעיף 16.1 ו-16.2 לעיל, מבטחים אשר לא נדרשו למלא הצהרת בריאות יהיו פטורים מתקופת אכשרה.

נוהל תביעה .17

- 17.1 בקורת מקרה הביטוח ו/או בהיודע למבטח על הצורך בנייתו או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המזכה את המבטח עפ"י ההסכם, יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או את יתר השירותים המזכים שבהסכם זה תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבטח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבטח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.
- 17.2 קבלת אישור המבטח מראש כאמור הינה תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי הסכם ביטוח זה. המבטח מתחייב לאשר את תביעת המבטח תוך 14 ימי עבודה מיום שנמסרו לו כל המסמכים הסבירים הדרושים לצורך האישור.
- 17.3 אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבטח ושמנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבטח, ולא יותר מ 45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.
- 17.4 המבטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטח.
- 17.5 המבטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבטח להשיג במאמץ סביר.
- 17.6 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבטח.
- בדיקה רפואית : אם יידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבטח

לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבוטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 5 ימי עבודה במקרים דחופים

17.7 אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השרות או למבוטח לפי העניין, תוך 7 ימים מיום אישור התביעה.

17.8 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בגין התשלומים בהם נשא.

17.9 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

17.9.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

17.9.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.

17.9.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

17.9.4 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא למבטח בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידו ולא תשולם בנוסף להם.

18. מיסים והיטלים-

בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

19. התיישנות התביעות-

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

20. הגבלת אחריות המבטח-

20.1 חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח.

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

חלופה א':

20.2.1 לשמור על ברות ביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ישלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים כאמור בסעיף 9 להסכם אשר היו משולמים על ידו אם היה מבוטח השוהה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל המבוטח לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים כאמור בסעיף 9 להסכם החל ממועד חזרתו ארצה.

חלופה ב':

20.2.1 להמשיך ולהיות מבוטח בביטוח כאמור בהסכם זה ובכפוף לתשלום דמי הביטוח במלואם כאמור בסעיף 9 להסכם וכל עוד השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם יינתנו רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

21. מתן מסמכים והודעות למבוטח-

חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 8.1.4 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;

(2) 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 תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(1א) 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.

(2א) 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 ויפרט

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן 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.

"שינוי פרמיה". לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל

מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

"שינוי בתנאי הכיסוי הביטוח" – למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת

21.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזרה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

21.2 חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין החברה ובין המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

21.4 **שינויים בדמי הביטוח**
בנוסף לאמור בסעיף 15 לעניין התאמת דמי הביטוח, יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 ש"ח במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג; לעניין זה, "**העלאה של דמי הביטוח**" - (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, במלאה 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 החידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

ביטול הפוליסה ע"י המבוטח .22

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי .23

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי

באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

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

24. כללי-

- 24.1 המבטח יעביר לבעל הפוליסה את כל המידע לעניין הביטוח הקבוצתי, בכפוף להוראות חוזר משרד האוצר – חוזר ביטוח 10-1-2009
- 24.2 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.
- 24.3 המבטח מחייב לשמור על סודיות רשימות העובדים ולא לעשות בהן כל שימוש למעט לעניין יישומו של הסכם זה.
- 24.4 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 24.5 **כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן-**
המבטח: פניקס חברה לביטוח בע"מ
כתובת: רח' דרך השלום 53 גבעתיים.
בעל הפוליסה: המכללה האקדמית ספיר
כתובת: ד.ג. אשקלון 79165
- 24.6 כל הודעה אשר תשלח לבעל הפוליסה תחשב כאילו נמסרה למבוטחים.
- 24.7 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 24.8 על הסכם זה חלים, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 לרבות תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009 וחוזרי הביטוח מטעם המפקח על הביטוח אגף שוק ההון משרד האוצר.

1. הגדרות

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

- 1.1 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.2 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.3 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.4 "בית חולים פרטי" - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3 שהינו בבעלות פרטית או בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו יכול המבוטח לבחור את הרופא המנתח.
- 1.5 "בית חולים מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.6 "בית חולים שאינו מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל, על פי בחירת המבוטח, שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.8 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.9 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.10 "הסכם" - הסכם כפי שהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.11 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.12 "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.13 "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף לעיל, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.14 "מנתח אחר" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.12 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.15 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.16 "יעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופאים מומחים, בעלי תעודת מומחה בתוקף של 5 שנים לפחות, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 1.17 "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.18 "אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.19 "אח/ות" - אחות/בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות אשר שירותיהם נשכרים באופן פרטי ע"י המבוטח, מיד לאחר ביצוע ניתוח, בעת האשפוז בבית החולים.
- 1.20 "שתל" - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), אלאודרם, שתל PSI לחוסר

גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, לרבות חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל) למעט תותבת שניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בסעיף. **ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

1.21 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירנית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או מניעה ו/או טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח, (למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו.
ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20 / 2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.23 **"רופא כללי"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא כללי.

1.24 **"בדיקות"** - בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר הניתוח במהלך האשפוז.

1.25 **"פיזיותרפיה"** - טיפול גופני אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

1.26 **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.

1.27 **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי;

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

"השתלה" - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, מעי, רחם, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. את ההשתלה, רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

ב. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

ההגדרה של השתלה (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

פרק זה מקנה כסיוי אך ורק להשתלות המתבצעות על פי הוראות חוק השתלת איברים ובכפוף לתנאי נספח זה.

1.29 **"הוצאות מוכרות" - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק ראשון בנספח זה.**

1.30 **"טיפול מיוחד בחו"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בעל שם ומוניטין בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל, מטעם המבוטח.**
1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל.

2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

5. **טיפול להצלת אובדן באוזן אחת או בשתי האוזניים ו\או להציל אובדן מוחלט של הראייה בעין אחת או בשתי העיניים.**

6. **מצבו הבריאותי המחייב טיפול מיוחד בחו"ל למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.**

הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.

לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה או טיפול לא קונבנציונאלי.

1.31 **טיפול חלופי:** טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג לפחות אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למבוטח. מובהר כי טיפול רפואי אשר ניתן למבוטח ולא השיג את התוצאות הרפואיות המקובלות והמצופות או טיפול רפואי אשר על פי המלצת רופא מומחה אין טעם לתת למבוטח כי לא ישיג את התוצאות הרפואיות הנדרשות, לא ייחשב כטיפול חלופי לטיפול מיוחד בחו"ל.

1.32 **המרכז הלאומי להשתלות** – יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל

1.33 **"נותן שרות"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.34 **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את הסוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.

1.35 **"יום אשפוז"** – שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות.

1.36 **"הסכם"** - הסכם שנחתם בין המבטח לבין נותן שירות כלשהו בקשר לכיסויים הניתנים בהסכם זה. בפוליסה משתמשים במילה הסכם גם במקרה בו מדובר על הסכם

הביטוח. השימוש בהגדרה הנוכחית יוצרת בלבול. מוצע להוריד ו/או לשנות ההגדרה.	
"המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.	1.37
"שב"ן" – תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות	1.38
"חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.	1.39
"חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.	1.40
"סוכנות הביטוח" – סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.	1.41
"יועץ מלווה" - היועץ המלווה אשר ילווה את בעל הפוליסה והמבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ניהול סיכוני בריאות בע"מ.	1.42

פרק א' - השתלות בארץ ובח"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. **מקרה ביטוח**
 - 1.1 צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו
 - 1.2 צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.
2. **התחייבות המבטח**

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנוטן השירות בגין ההוצאות המוכרות - בהשתלה למרכז שלא בהסכם - תקרת שיפוי של עד 4,500,000 ₪ .

(הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל) , כמפורט להלן:

 - 2.1 **לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח – 2008.**
 - 2.2 **טיפול מיוחד בחו"ל -** הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, הינו 800,000 ₪ .
 - 2.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
 - 2.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות הרפואיים עבור בדיקות הערכה וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות כיסוי עלות הטיסות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
 - 2.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - 2.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
 - 2.3.4 בדיקות לרבות בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
 - 2.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;
 - 2.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
 - 2.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 90 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
 - 2.3.8 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.

- 2.4 הוצאות נלוות כדלקמן:
- 2.4.1 הוצאות בגין בדיקות רפואיות המבוצעות לצורך איתור האיבר המושגל בארץ או בחו"ל - עד תקרת הסכום 202,989 ₪ .
- 2.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושגל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום 100,000 ₪ .
- 2.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם – עד תקרת הסכום 1,014,945 ₪ .
- 2.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או לצורך הערכה רפואית לפני ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולשני מלווים, וזאת עד לסכום של 18,776 ₪ (עד 3 נסיעות למקרה ביטוח) נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 2.4.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 85,255 ₪ .
- 2.4.6 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 יום לאחר ביצועם וזאת עד לסכום של 1,015 ₪ ליום ועד 202,989 ₪ .
- 2.4.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.8 הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי הסכם זה אשר בוצעה בחו"ל – עד תקרה של 100,000 ₪ .
- 2.4.9 תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושגלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.10 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, כיסוי מלוא הוצאות ההטסה.
- 2.4.11 הוצאות בגין טיפולי דיאליזה בחו"ל - עד תקרת של 150,000 ₪ .
- 2.4.12 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, כמפורט בסעיפים 2.4.1-2.4.9 לעיל, יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל. אל אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 15% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.
- 2.5 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה (למעט השתלת קרנית), בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבטח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 243,587 ₪ . הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה ובלבד שהמבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.
- לא קיבל המבוטח אישור מהמרכז הלאומי להשתלות או לא הציג אותו למבטח טרם ביצוע

ההשתלה, ועבר את ההשתלה בחו"ל, יקבל את הפיצוי המגיע לו על פי הוראות סעיף זה ובלבד שהציג בפני המבטח מסמכים המעידים כי ההשתלה בוצעה מתורם מת, והוא חתם על תצהיר כי עבר את השתלה בכפוף לאמור חוזר ביטוח 1-2009 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008.

2.5.1 פיצוי להשתלה שבוצעה בארץ (למעט קרנית והשתלת מח עצם עצמית) – (החל מתאריך 01/10/2015)

מבטוח אשר ביצע השתלה (למעט השתלת קרנית) בארץ, בעת היותו מבטוח בהסכם זה, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבטוח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪.

למען הסר ספק, קיבל המבטוח פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1, 2.3 ו- 2.4 לעיל.

2.6 גמלת החלמה לאחר השתלה-

לאחר השתלה בחו"ל או בארץ, ישלם המבטוח למבטוח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבטוח על פי פרק זה למעט סעיף 2.5 לעיל, תשלום חודשי בסך 5,075 ₪ למשך 24 חודשים (כבד, לב, לב-ריאה,ריאה,מעיי) החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 24 חודשים. ו- 5,075 ₪ (לבלב, כליה, כליה-לבלב,מח עצם) למשך 12 חודשים ו- 2,560 ₪ למשך 12 חודשים (קרנית, השתלה עצמית).

נפטר המבטוח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו. מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטוח במימון ההשתלה.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות -

- 1.1 **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, טיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.2 **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות לאשר שימוש ו/או יבוא תרופה על פי פקודת הרוקחים, במדינת ישראל.
- 1.3 **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 1.4 **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5 **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6 **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותני השירות").
- 1.7 **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8 **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9 **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.10 **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:

(1) פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות 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 IIa

(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:

(א) NCCN

(ב) ASCO

1.11 תרופת יתום –

תרופת יתום/ תרופה למחלה יתומה - תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "**מחלה יתומה**") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:
א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הברית.

ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירת התרופה בארה"ב לבדה.

ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי.

חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה- FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים Commeetee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה- EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה מאושרת לשימוש במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת בלפחות אחת מהמדינות המוכרות. או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת בלפחות אחת מהמדינות המוכרות או תרופה שהוגדרה כ- off label - תרופה שאושרה לשימוש בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי.
התנאי לקיום מקרה הביטוח כאמור בסעיף זה לעיל, הינו כי התרופה איננה תרופה ניסיונית או תרופה מתחום הרפואה המשלימה.

3. חבות החברה ותגמולי הביטוח

3.1 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם ו/או תשלם ישירות לנותן השרות עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית של 152 ₪ למרשם לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

במקרה בו דרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של השתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 152 ₪ למרשם לחודש ועד מקסימום 304 ₪ לחודש במקרה של כמה מרשמים.

מובהר כי בגין תרופה אונקולוגית שעלותה מעל 10,000 ₪ לחודש, לא תדרש השתתפות עצמית.

3.2 מוטב יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק קבלת אישור החברה מראש ובכתב לתשלום תגמולי הביטוח הינה תנאי מהותי לאחריות החברה על-פי נספח זה.

3.3 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על פי שער הדולר (ארה"ב).

3.4 סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד תקרה מקסימלית 1,500,000 ₪ לתקופת ביטוח של 36 חודשים.

3.5 החברה תשפה את המבוטח עבור השרות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום 203 ₪ לכל טיפול ועד 45 יום לכל תקופת הביטוח למבוטח.

4. חריגים מיוחדים

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

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

4.1.2 תרופה ניסיונית אשר אינה כלולה בסעיף 2 לעיל.

4.1.3 תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.1.4 תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.

4.1.5 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

4.1.6 טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

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

4.1.8 המוטב נשא נוגדנים למחלת צהבת לסוגיה השונים לפני מועד תחילת הביטוח.

5. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

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

תקופת האכשרה היא בת 90 יום.

מבוטחים אשר הצטרפו לפוליסה שעפ"י הסכם זה, ללא הצהרת בריאות, יהיו פטורים מתקופת האכשרה.

פרק ג' 1 - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול עם השתתפות עצמית של 3000 ₪ למקרה ביטוח

פרק זה, הנו בהתאם לתוספת הראשונה **בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל)**, התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

1. הגדרות:

- 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **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;
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות יעדי התקציב מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, 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 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירנית 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;
- 1.6 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.7 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.8 **שתל** - כל אבזר, 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** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח.

- 2. מקרה הביטוח**
מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל עם השתתפות עצמית של 3000 ₪ לכל מקרה ביטוח במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- 3. הכיסוי הביטוחי:**
בקרות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
3.1 **3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**
- 3.2 שכר **מנתח**;
- 3.3 **כיסוי הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:
3.3.1 שכר רופא מרדים.
3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
3.3.3 ציוד מתכלה.
3.3.4 שתלים.
3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
- 3.4 **טיפול מחליף ניתוח**; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- 4. תקופת האכשרה:**
4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- 5. הגבלות לאחריות המבטח:**
בנוסף לסייגים וההחרגות הכלליים בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה;
5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
5.3 ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי או אסתטיקה, למעט ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד, ניתוח לקיצור קיבה הנדרש מסיבה רפואית וניתוח קוסמטי הנדרש מסיבה רפואית.
5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
5.5 השתלת איברים; לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות הריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 5.7 מקרה ביטוח שארע במישרין עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6. **תנאים מיוחדים לפרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

תנאים מיוחדים אלו יחולו על הפרק לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן- "פרק הניתוחים").

הגדרות (סעיף 1 לתוכנית):

6.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המרבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שבהסכם או שירות אחר, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בפרק הניתוחים ו/או בכל הרחבה לפרק הניתוחים. סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח). במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שהיוו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.

6.2 **נותן שירות שבהסכם** - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.

6.3 **תביעות- מימוש הזכות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:**

6.3.1 **ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם (עם המבטח).**

המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה הביטוח שהנו ניתוח לפי תכנית זו.

לאחר אישור המבטח כאמור, **המבטח ישלם שירות לנותן השירות שבהסכם בלבד**, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע הניתוח בגין מקרה הביטוח. **על אף האמור בסעיף 13.2 לתנאים הכלליים, מובהר כי המבטח לא יתן החזר כספי או תשלום כלשהו למבטח במקרה של ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם.**

6.3.2 **ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות** – באמצעות נותן שירות

שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר. במקרה בו מקרה הביטוח הנו באמצעות נותן שירות שבהסכם, המבטח יקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין המקרה ביטוח. לאחר אישור המבטח כאמור,

המבטח ישלם שירות לנותן השירות שבהסכם בלבד, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או התייעצות בגין מקרה הביטוח.

שלם למבטח או שירות לנותן השירות שבהסכם או לנותן שירות אחר, על פי בחירת המבטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או התייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר הוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או

ההתייעצות היא רק עד לסכום השיפוי המרבי.

- 6.3.3 "בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח" – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו.
- 6.3.4 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח. בכפוף לאישור המפקח על הביטוח, המבטח יהיה רשאים לקבוע לגבי מקרים חריגים שבהם קיים מספר מצומצם של רופאים מומחים בתחומים ייחודיים, כי היה רשאי להציע, לתקופת זמן מוגבלת, החזר כספי למבוטח ביחס ל ניתוחים באמצעות נותן שירות אחר. אפשרות כזו, ככל שתהא ובמתכונתה המאושרת, תפורסם באתר האינטרנט של החברה.

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

פרק זה, הנו בהתאם לתוספת הראשונה בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה- 2015 והוראות חוק ההתייעלות הכלכלית ותיקוני החקיקה שם.

פרק זה מיועד למבטוחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד. הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. **דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין מסלול בעל כסוי ביטוחי לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (מסלול אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).**

1. הגדרות:

בית חולים פרטי - אחד מאלה:

- 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
- 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
2. **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.
3. **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.
4. **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, 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.
5. **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון גפם 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.
6. **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;.
7. **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
8. **שתל** - כל אביזר, 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.

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

10. **תכנית שב"ן / שב"ן** - תכנית לשירותי בריאות נוספים אשר אינם כלולים בסל הקופה שירותי הבריאות מכח חוק בריאות ממלכתית, התשנ"ד-1994. תכנית זו מוצעת על ידי קופת החולים לחבריה בעצמה או על ידי חברת בת שבשליטתה המלאה.

11. **ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל באמצעות נותני שירות שבהסכם בלבד ו/או בשל התייעצויות בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל, הכלול בתכנית ביטוח שהוצאה לפי התוספת הראשונה תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015 לביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ולפי החקיקה הנוספת הנוגעת לעניין זה.

12. **ביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל** - ביטוח המתחשב בזכויות הניתנות במסגרת השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ו/או טיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות בישראל והנותן כיסוי ביטוחי להשלמת הפרש בין סך ההוצאות בפועל לבין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן בגין ביצוע הניתוח בישראל ו/או טיפולים מחליפי ניתוח בישראל ו/או התייעצויות בישראל ועד לתקרות נותן השירות שבהסכם בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ותוכנית זו ובכפוף לאמור בביטוח זה להלן. מובהר כי ביטוח משלים שב"ן תשלם את ההפרש האמור על כל מרכיב בביטוח זה ולא רק בגין הניתוחים הפרטיים בישראל, מקום בו קיימות למבוטח זכויות לחזיר על פי תכנית השב"ן.

13. **"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן"** - מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:
מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם. 3.1
המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן. 3.2

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

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

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח, או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח, תכנית זו תכלול כיסוי מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה הביטוח במסגרת השב"ן בה הוא חבר עבור מקרים אלה בלבד:

- 3 התייעצויות** בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.** 1.
- שכר מנתח.** 2.
- כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות: 3.
- 3.3.1 שכר רופא מרדים.
 - 3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.
 - 3.3.3 ציוד מתכלה.
 - 3.3.4 שתלים.
 - 3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.
 - 3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.
 - 3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
- טיפול מחליף ניתוח;** 4.
- כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי ידקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.
- 4 תקופת אכשרה** 4.
- תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום.
- 1. על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
 - 2.
- 5 הגבלות לאחריות המבטח** 5.
- המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תכנית זו, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחת או יותר מהסיבות הבאות:
- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
 - 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
 - 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה, או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח לקיצור קיבה עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
 - 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
 - 5.5 השתלת איברים; לעניין זה "השתלת איברים"- כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית.
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6 תנאים כלליים מיוחדים לביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל הגדרות

- 1.
- 6.1.1 **סכום שיפוי מרבי** - גובה תגמולי הביטוח המירבי שישלם המבטח בגין החזר הוצאות ממקרה הביטוח, מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסכם או אחר, לפי העניין, בניכוי השתתפות עצמית, ככל שנקבעה בתוכנית ו/או בכל הרחבה לתוכנית ו/או בדף פרטי הביטוח ביחס לה/ן וביחס למרכיב הניתוחים (מנתח, הוצאות ניתוח) והטיפולים מחליפי ניתוח ו/או התייעצויות והכל בניכוי החזר ההוצאות להן זכאי המבוטח על פי תוכנית השב"ן.
- סכום השיפוי המרבי בגין מקרה הביטוח באמצעות/על ידי נותן שירות שבהסכם או על ידי נותן שירות שלמבטח אין הסדר עמו (נותן שירות אחר), לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח- לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח).
- במידה וקיימים למבטח מספר נותני שירותים בגין מקרה הביטוח, יחושב סכום השיפוי המרבי לפי ממוצע ההסדרים עם נותני השירותים כאמור שיהיו באותה העת וכמפורסם באתר האינטרנט של החברה.
- 6.1.2 **נותן שירות שבהסכם** - ר' ההגדרה בפרק התנאים הכלליים.
- 6.1.3 **הוצאות בפועל** – סך ההשתתפות העצמית של המבוטח בגין מקרה ביטוח.

תביעות:

- 2.
- 6.2.1 מימוש הזכאות לכיסוי ביטוחי לפי תוכנית זו תהא כדלקמן:
ביחס לניתוחים- רק באמצעות נותני שירות שבהסכם עם המבטח (רופא ובית חולים)
- ביחס למחליפי ניתוח ו/או התייעצויות** – באמצעות נותן שירות שבהסכם או באמצעות נותן שירות אחר.
- 6.2.2 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.

- 6.2.3 **אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי פרק ניתוחים זה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח למקרה הביטוח (כגון: הניתוח, טיפול מחליף הניתוח) לפני ביצועו.**
- 6.2.4 לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את מקרה הביטוח (הניתוח/טיפול מחליף ניתוח/ התייעצות) ישלם המבטח למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין החזר ההוצאות להן המבוטח זכאי על פי תנאי השב"ן (להלן: "ההפרש").
- 6.2.5 **למען הסר ספק, מובהר בזאת כי סה"כ סכום החזר ההוצאות למבוטח על ידי המבטח והזכאות להחזר על פי תנאי השב"ן ביחד, לא יעלה על סכום השיפוי המירבי.**
- 6.2.6 **החזר ההוצאות יינתן עבור ההוצאות בפועל של המבוטח על פי קבלות כמפורט בסעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לעיל.**
- 6.2.7 **על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח ו/או לנותן השירות את ההפרש כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על קיום זכאות המבוטח ועל סך ההוצאות בפועל בהן יחוייב על פי תנאי השב"ן.**
- 6.2.8 **במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי תכנית זו:**
- 6.2.8.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם לנותן השירות עבור סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח בתכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשוקת באותה העת בחברה.
- 6.2.8.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר וזאת על פי אישור רשמי מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.
- על האישור הרשמי מקופת החולים האמור לציין מפורשות כי המבוטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות ו/או שירותים על פי תנאי השב"ן בגין מקרה הביטוח ואת הסיבה לאי הזכאות.
- במקרה ולא ימציא המבוטח אישור רשמי מקופת החולים כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום למבוטח ו/או לנותן השירות על מידע שאסף אודות ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצות זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבוטח/ים בעבר במסגרת תכנית זו או הדומה לה במהותה. **למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבוטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור האמור.**
- 6.2.8.3 **מבוטח שגויס לשרות חובה סדיר בצה"ל** זאת למשך כל תקופת שירותו בשרות חובה סדיר. למען הסר ספק, האמור לעיל אינו כולל שירות מילואים ו/או קבע בצה"ל.

- 6.2.9 **להוציא בגין ניתוחים עם נותן שירות שבהסכם**, המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות שבהסכם, על פי בחירת המבוטח, החזר הוצאות רפואיות לשם ביצוע מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. מקום בו מקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות אחר החזר ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות יהא **רק עד לסכום השיפוי המירבי**.
- 6.2.10 **"בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח"** – מובהר כי הינן לרבות, בדיקה פתולוגית, בדיקות מעבדה המתבצעות במהלך האשפוז, בדיקות הדמיה המתבצעות על פי דרישת המנתח לקראת ניתוח ו/או במהלכו לאחר שנקבעה אבחנה של צורך בניתוח.
- 6.2.11 **טיפול מחליף ניתוח** : בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש, שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.
- 6.2.12 **ברות ביטוח:**
המבוטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:
- 6.2.12.1 **"ברות ביטוח"** – זכאות של המבוטח למעבר מביטוח משלים שב"ן לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לביטוח ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:
- א. סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.
- ב. מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת)
- 6.2.12.2 המעבר בין הביטוחים יעשה בכפוף לבקשת המבוטח בכתב למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- 6.2.12.3 לא מימש המבוטח זכות זו באמצעות הודעה בכתב לחברה תוך 60 הימים המפורטים לעיל, תפקע זכות זו מאליה.
- 6.2.12.4 תחילת תקופת הביטוח של ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ובכפוף לכל התנאים וכל הסייגים בביטוח זה ובתנאים כלליים בפוליסה זו.
- 6.2.12.5 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

-רובד הרחבה וולונטרי -

פרק ד' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

- 1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: (U.S) אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.2 "ניתוח גדול" - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח תוך מוחי.
- 1.3 "בדיקות ושירותים להריון" -
 - 1.3.1 סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, קנוון.
 - 1.3.2 בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.3 בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.4 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.5 סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.6 בדיקת מי שפיר או בדיקת סיסי שליה או בדיקת דם חלופית למי השפיר(תכוסה רק בהמלצת רופא לבדיקת מי שפיר).
 - 1.3.7 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

2. מקרה הביטוח - המבטח ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם שירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק במהלך תקופת הביטוח לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. התחייבות המבטח

3.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח :

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 85% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות ועד 2 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, ועד תקרה של 1,294 ₪ להתייעצות. מובהר כי התייעצות כאמור לעיל לא תכלול רופא משפחה, מעקב הריון ורופא ילדים במסגרת של שגרה.

3.2 בדיקות ושירותים להריון:

המבטח ישלם למבוטח/ת תגמולי ביטוח בשיעור 85% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל, ועד תקרה מקסימלית של 2,975 ₪ לכל הריון ו- 3,825 ₪ להריון מרובה עוברים למבוטח/ת לכל הריון. לרבות במקרה של משפחה חד הורית או אם אחד ההורים מבוטח בפוליסת בריאות אחרת בתוקף.

3.3 טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל:

המבטח ישלם למבוטח 85% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F.), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקווי פרוין בישראל (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי), וזאת עד תקרה מקסימלית של 12,325 ₪ (ארץ), 17,425 ₪ (בחו"ל) לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.

3.4 מימון לשירותי פונדקאות :

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה במסגרת שירותי פונדקאות בתנאי שהטיפול יעשה על פי הוראות חוק תרומת ביציות תש"ע 2010 (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי), וזאת עד תקרה מקסימלית של 12,325 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.

3.5 טיפולים אונקולוגיים:

המבטח ישלם למבוטח ישירות או לנותן השרות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, דהיינו 172,541 ₪ להלן, הנמוך מבניהם. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.

3.6 מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי:

המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה, וזאת עד 50% מההוצאות בפועל, עד 133 ₪ לחודש ועד 18 חודשים.

3.7 חוות דעת שנייה בחו"ל:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, דהיינו 3,868 ₪ להלן, הנמוך מבניהם, ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.

3.8 אביזרים רפואיים:

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות לרכישת פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, משאבת אינסולין, מכשיר שמיעה, חבישת לחץ, מכשיר CPAP או BPAP לסיוע נשימתי וסד גבס קל ועד 863 ₪ לפרט בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

3.9 טיפולי פיזיותרפיה /הידרותפיה אמבולטוריים :

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי שבהסכם או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם, עד 10 טיפולים לשנה למבוטח, עד 153 ₪ לטיפול, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה רשאי לקבל טיפול פיזיותרפי על פי הוראות פוליסה זו ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא אורטופד מומחה.

3.10 בדיקות רפואיות אבחנתיות:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות ביצוע בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מ- 4,250 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%

ובלבד שהבדיקה בוצעה על פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית.

3.11 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ- 3,019 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.12 כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית:

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נדרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, דהיינו מ- 3,825 ₪ הלק, הנמוך מבניהם. ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.

3.13 **כיסוי לטיפול בחדר מלח:**

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור עד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח ולא יותר 104 ₪ לטיפול. הטיפול יאושר בכפוף למרשם רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול. ההשתתפות תינתן כנגד הצגת קבלה מקורית על קבלת הטיפול ובכפוף ל-20% השתתפות עצמית מכל טיפול.

3.14 **בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטניים:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור אבחון גנטי, פעם אחת בכל תקופת הביטוח, לגילוי נשאות גנים סרטניים, ולא יותר מ-3,451 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.15 **רפואה מונעת מגיל 40 ואילך:**

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור או העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלח המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם בעבור בדיקת ממוגרפיה, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, אחת ל-3 שנים, ולא יותר מהסכום 355 ₪ בגין כל בדיקה ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

3.16 **טיפול ע"י מקרופאגים :**

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מ-8,627 ₪.

3.17 **טיפול בבעיות התפתחות הילד (ילידים בני 5-16):**

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי אבחונים וטיפולים כגון: ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקויות למידה הנדרשים על פי קביעת רופא נירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים ו או רופא משפחה מומחה. מבוטח יהיה זכאי גם לכיסוי טיפול בהרטבת לילה. לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר עד 850 ₪ לאבחון , עד 1,700 ₪ לטיפול בהתפתחות הילד, ועד 680 ₪ לטיפולים בבעיות בהרטבה – תקרה לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

מובהר בזאת כי התקרה המקסימלית לאבחון הינה לכל תקופת ביטוח של 36 חודשים.

תקופת אכשרה:

4.

תקופת האכשרה היא בת 90 יום, במקרה של טיפולים המבוצעים ע"י רופא שיניים או טיפולים הקשורים בהריון תהא תקופת האכשרה בת 180 יום.
מבוטחים אשר הצטרפו לפוליסה שעפ"י הסכם זה, ללא הצהרת בריאות, יהיו פטורים מתקופת האכשרה.

פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

- 1. הגדרות:**
בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:
- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח או תחליף 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.
 - 1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.
 - 1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
 - 1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה ובדיקה כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

- 2. תגמולי הביטוח:**
החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח והשירותים הרפואיים שמכח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה.
היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה עד תקרת הוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח, כהגדרתו לעיל, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.

אחריות המבטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל וחזר לישראל לאחר מכן.

פרוט הכיסויים עבור ניתוח/מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל:

- 2.1 **שכר מנתח/ מרדים:**
שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.
- 2.2 **כיסוי הוצאות בית חולים בחו"ל:**
החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, בדיקה פתולוגית וחוות דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בנייתן והמבוצעות במהלך האשפוז.
- 2.3 **כיסוי הוצאות טיסה ושהייה:**
במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ימים ברציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בנייתו מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:

הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 815 ₪ ליום למבוטח ו- 500 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירות רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 40,000 ₪ בסה"כ ולתקופה מרבית של 30 יום.

2.4 **הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 50,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית בכפוף לבדיקת רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

2.5 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה לא תקרה.

4. **תביעות:**

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל. **קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור- ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.**

6. **תקופת אכשרה: בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.**

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

פרק ו' - כתב שירות לרפואה משלימה

- 1. הגדרות-**
בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצידם:
1.1 **"החברה"** – הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 **"הפוליסה"** – פוליסה תקפה לביטוח רפואי אשר אליה מצורף כתב שירות זה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
- 1.3 **"מבוטח"** – יחיד/ה ובן/בת זוג וילדיהם, המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה.
- 1.4 **"המנוי"** – מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5 **"המשפחה המנויה"** – בית אב אשר כל אחד מיחיד המבוטחים בו זכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 **"נותן השירות"** – פמי פרמיום בע"מ מרחוב המשביר 1 אזור התעשייה חולון ו/או נטלי מרחוב דרך השלום 3 תל אביב ו/או ביקור רופא מרחוב יגאל אלון 90 תל אביב ו/או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע על ידי החברה.
- 1.7 **"מרפאות הסדר"** – מרפאות אשר נותן השירות התקשר עימן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת. כאשר השירות ניתן בחצרי נותן השירות, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 1.8 **"מוקד השירות"** – מוקד טלפוני ארצי, המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.
- 1.9 **"המדד"** – מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.10 **"שנת זכאות"** – תקופה המתחילה במועד תחילת תקופת הכיסוי של המבוטח עפ"י כתב שירות זה, ומסתיימת תוך שנה מאותו יום במהלכה זכאי המנוי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.11 **"המועד הקובע"** – מועד תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה, הנקוב בדף פרטי הביטוח, או מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, המאוחר מביניהם.
- 2. השירות-**
- 2.1 מנוי, אשר לפי אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי, האבחנה של הצורך הרפואי בשירותים על פי כתב שירות זה הינה לאחר המועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול המבוקש על ידו המכוסה במסגרת כתב שירות זה, יהיה זכאי לקבלת הטיפול על ידי נותן השירות הרלוונטי במרפאת ההסדר, וזאת לפי הפנייה של מוקד השירות וכנגד המצאת ההפניה והאבחנה כאמור למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.2 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן: – "השירותים"):
- 2.2.1 אקופונקטורה – טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 2.2.2 רפלקסולוגיה – טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 2.2.3 שיאצו – לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה

- בגוף.
- 2.2.4 אוסטיאופתיה – טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 2.2.5 כירופרקטיקה – עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 2.2.6 הומאופתיה – שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 2.2.7 פלדנקרייז – טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.2.8 ביו – פדבק – טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 2.2.9 נטרופתיה – טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 2.2.10 ייעוץ דיאטטי – התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 2.2.11 שיטת טווינא – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.
- 2.3 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

3. היקף השירות-

- 3.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות בתחום הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של המבוטח בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 3.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 15 (חמישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 15 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל, ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 3.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים לו תהא זכאית המשפחה המנויה כולה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (למען הסר ספק, מובהר כי פגישות הייעוץ נכללות במניין 20 הטיפולים).
- 3.4 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו\או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיב').
- 3.5 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרייה או בעיות השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על ידי הרופא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי ברור.
- 3.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.
- 3.7 המנוי יהיה זכאי לקבל את השירות ע"י מרפאה, שאינה נכללת במרפאות ההסדר בכפוף ובלבד שנותן השירות יאשר זאת מראש ובכתב ואולם מובהר בזאת כי:
- 3.7.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.
- 3.7.2 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, נותן השירות ו\או החברה לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה מחדל או נזק כתוצאה מפנייתו למרפאה, שאינה מרפאת ההסדר.
- 3.7.3 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע בניהם.

4. נוהל קבלת השירות-

- 4.1 ביקש מבוטח לקבל את השירותים, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. המוקד עומד לרשות המבוטחים בכל ימות השנה 24 שעות ביממה (להוציא יום כיפור).

- 4.2 המבוטח יתבקש במהלך השיחה לענות על שאלון טלפוני, הכולל מענה על שאלות המתייחסות לליקוי הבריאותי לרבות ציון האבחנה הרפואית ותאריך תחילת המקרה הרפואי.
- 4.3 המבוטח יעביר אל מוקד השירות את האבחון בדבר הליקוי הבריאותי כאמור בסעיף 2.1 לעיל ולא יאוחר מתום 2 ימי עבודה ממועד קבלת האבחון במוקד השירות, ייצור נציג נותן השירות קשר עם המבוטח לצורך תיאום פגישת הייעוץ הראשונה, או יודיע למבוטח על אי זכאותו לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.
- 4.4 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 4.5 אם יתברר במהלך פגישת הייעוץ הראשונה או בתקופת סדרת הטיפולים כי המנוי אינו זכאי לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה, יופסק השירות האמור למבוטח.
- 4.6 בנוסף יובהר כי אין בקבלת השירותים בכדי להוות הסכמה של החברה לזכאות המבוטח לקבלת השירותים, ו/או להטיל על החברה חבות כלשהי עפ"י הפוליסה בקשר עם הליקוי הבריאותי ו/או לגרוע מזכויותיה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין.
- 4.7 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.
- 4.8 השירות על פי כתב שרות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.
- 4.9 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 4.10 השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.
- 4.11 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.
- 4.12 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על הביטול הפנייה למרפאת ההסדר.

5. אחריות

- 5.1 האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח, ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך.
- 5.2 מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפול ובהענקת השירותים הרפואיים תסתיים במוקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שלהלן:
- 5.2.1 אי הגעת המבוטח למרפאות ההסדר.
- 5.2.2 ביטול הזימון לקבלת השירותים ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.
- 5.3 מבלי לגרוע מהאמור לעיל החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד

מהעניינים הבאים:

- 5.3.1 אחריות מקצועית בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.
5.3.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.

- 5.4 על אף האמור בכתב שירות זה, נותן השירות לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש, או שאין באפשרות נותן השירות למנועו.
- 5.5 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי.
- מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה על פי הפוליסה ועל פי הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.
- 5.6 פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק.
- 5.7 **אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי לרבות בתחומי השמירה על הפרטיות והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורתי, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשורת.**

6. השתתפות עצמית-

- המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 20% ולא יותר מ-153 ש"ח, כולל מע"מ לכל טיפול.
במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברה הודעה בכתב על כך.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות-

- 7.1 במהלך תקופת האכשרה בת 60 יום מהמועד הקובע, לא יהא המבוטח זכאי לקבלת השירות על פי כתב שירות זה.
- 7.2 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות, ויתחדש מאליו בתום שנת הזכאות לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. במקרה של הודעת ביטול כאמור יהיה כתב שירות זה תקף עד תום שנת הזכאות, אשר במהלכה ניתנת הודעת הביטול. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.
- 7.3 על אף האמור בסעיף 7.2 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.
- 7.4 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.
- 7.5 מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נותן השירות.

7.6 **המבטח רשאי לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם הספק ו/או נותן השירות הסתיים והמבטח לא מצא ספק ו/או נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.**

7.7 ככל שמשולמים דמי ביטוח נפרדים בגין כתב השירות, המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב למבטח, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול אצל המבטח. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי המנוי ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח. מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף. בכל מקרה אחר, בו משולם סכום דמי ביטוח כולל עבור הפוליסה וכתבי השירות (ללא רבדי בחירה), בקשה לביטול כתב השירות תהא כרוכה בביטול הפוליסה כולה ביחס לאותו מנוי.

7.8 פגיעה בפעילות הספק או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק. אירועים הנובעים ממגבלות המערכת הטכנולוגית בתחומי לרבות בתחומי השמירה על הפרטיות והחיסיון הרפואי לרבות בגין כשל תקשורת, חדירת גורמים בלתי מוסמכים וניתוק פתאומי של התקשרות.

הספק השירות מתחייב כי:

1. **מערך המטפלים שברשותו הינה בפריסה גיאוגרפית נאותה.**
2. **השירות יינתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.**
3. **תתקיים עם הלקוחות תקשורת יעילה וזמינה כמפורט בכתב שירות זה.**

8. **כתב שירות זה כפוף לתנאי הפוליסה לרבות סייגיה.**

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

רובד הרחבה נוסף- וולונטרי – (ע"ח העובד) –

רכישת ביטול השתתפות עצמית בנפרק ג'1 ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ביטוח

דף רשימה

תקופת הביטוח : 5 שנים. 31/12/2025-01/01/2021.

מועד תחילת הביטוח: 01.01.2021 .

הממד היסודי: המדד שפורסם ב 15.12.2020 והינו 12353 נק'.

הפרמיה החודשית בש"ח -

מבוטחים	רובד הרחבה וולונטרי - שירותים + אמבולטוריים ניתוחים בחול"ל+רפואה משלימה	רובד הרחבה נוסף - ביטול השתתפות עצמית בניתוחים שבתכנית הבסיס	רובד הבסיס מסלול ניתוחים עם נותן שירותים שבהסכם והשתתפות עצמית לכל ניתוח 3000 ₪ (בהשתתפות המעסיק לעובד בלבד)
מבוטח בוגר	24.00	25.00 ₪	76 ₪
ילד/נכד עד גיל 25	20.00	19.00 ₪	22 ₪

- ילד/נכד שלישי ואילך חינם.
- נכדים יחושבו לכל בית אב בנפרד לצורך מתן ההטבה לנכד שלישי ואילך חינם.
- נכדים לא יצורפו לביטוח ללא 2 ההורים, למעט במשפחה חד הורית.

קבוצת קלי

רחוב הרוקמים 26 בנין D חולון ת.ד. 1883 מיקוד 5885849
טלפון: 03-6367111 שלוחה 2
מייל: tb@kali.co.il
אתר: www.kali.co.il

פרשקונספט
מונחים לביטוחים קבוצתיים
מקבוצת ד"ר פרישמן



צוות היועצים של חברת פרש-קונספט,
ישמח לעמוד לרשותכם בכל שאלה
טלפון: 03-7517274 פקס: 03-7518574
אתר: www.udif.co.il

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

קבוצת קלי

רחוב הרוקמים 26 בנין D חולון ת.ד. 1883
מיקוד 5885849
טלפון: 03-6367111 שלוחה 2
דוא"ל: tb@kali.co.il
אתר: www.kali.co.il



צוות היועצים של חברת פרש-קונספט,

ישמח לעמוד לרשותכם בכל שאלה
טלפון: 03-7517274
פקס: 03-7518574
אתר: www.udif.co.il

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד טx4f

*3455
03-7332222