

הסכם לביטוח בריאות קבוצתי

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ בחודש ינואר לשנת 2018

בין:

ארגון הסגל המנהלי - אוניברסיטת חיפה

מרחוב אבא חושי הר הכרמל

(להלן: "בעלי הפוליסה")

מצד אחד

לבין:

איילון חברה לביטוח בע"מ

מרחוב אבא הלל סילבר 12, ר"ג

(להלן: "המבטח")

מצד שני

הואיל: והמבוטחים כהגדרתם להלן היו מבוטחים עד לתאריך 31.12.2017 בהראל חברה לביטוח. (להלן: "הסכם הביטוח הקודם" או "הביטוח הקודם"),

הואיל: ובעל הפוליסה מבקש לבטח בביטוח בריאות קבוצתי את המבוטחים כהגדרתם להלן (להלן: "הסכם הביטוח"), באיילון חברה לביטוח החל מתאריך 01.01.2018

והואיל: והמבטח מסכים לקבל על עצמו הסכם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא:

1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.

1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

1.3. אלא אם כן הם מוגדרים במפורש בהסכם הביטוח, הגדרת המונחים המופיעים בהסכם הביטוח תהיה זהה להגדרתם בנספחים המצורפים אליו.

1.4. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות הסכם הביטוח לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבוטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עמו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות, וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבויים, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הסכם

הביטוח על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.

2. הצהרות והתחייבויות המבטח:

- 2.1. המבטח מצהיר ומתחייב כי יש בידינו את כל ההיתרים, הרישיונות והאישורים הנדרשים על-ידי כל גוף שלטוני ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח וקיום יתר התחייבויותיו כאמור בהסכם ביטוח זה.
- 2.2. המבטח מאשר ומצהיר כי הינו בעל הידע, הניסיון, המיומנות, היכולת, המשאבים, כוח האדם המיומן, היכולת הפיננסית וכל האמצעים הנדרשים, בפועל ועל-פי כל דין, לשם מתן שירותי הביטוח על-פי הוראות הסכם הביטוח ועל פי כל דין, ולשם ביצוע כל התחייבויותיו מכוח הסכם הביטוח, במלואן ובמועדן, וכי יגרום לכך שלכל אורך התקופה במהלכה הוא יעניק את שירותי הביטוח, יישארו ברשותו כל האמצעים והמשאבים הנזכרים בסעיף זה.
- 2.3. המבטח מצהיר ומתחייב כי אין כל מגבלה חוקית, עסקית, חוזית או אחרת המגבילה אותו ו/או המונעת ממנו ו/או העלולה להגביל אותו ו/או למנוע ממנו מלהעניק את שירותי הביטוח, ולבצע את התחייבויותיו כאמור בהסכם הביטוח במלואן ובמועדן, וכי יבצע את הוראות הסכם הביטוח בנאמנות, במקצועיות, בתום לב ובמסירות.

3. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה:

- 3.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- 3.1.1. שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 3.1.2. כי הינו תאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם או מעביד לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים אינם מבוטחים וכן בני משפחה של עובדים שנפטרו שהמבטח ממשיך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד"- לרבות מבטח.
- 3.1.3. כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.
- 3.1.4. ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.
- 3.2. לא יאוחר מ - 15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת העובדים ובני המשפחה המבוטחים בחודש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכול עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.

3.3. קובץ הדיווח החודשי יכלול את מצבת המבוטחים העדכנית והמלאה עבור אותו החודש למען הסר ספק, קובץ הדיווח יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים ובני המשפחה המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבוטחים בהוראת קבע אישית.

תנאים כלליים אשר חלים על כל רובדי הביטוח

1. מהות הביטוח

הביטוח על פי פוליסה זו, הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים בארגון הסגל המנהלי אשר הצטרפו לביטוח זה בהתאם לתנאי ההצטרפות המצוינים להלן.

2. היקף הביטוח

2.1 רובדי הביטוח

הביטוח כולל את רובדי הביטוח כמפורט להלן:

2.1.1 רובד בסיסי – אובליגטורי לעובדים במימון מלא של המעסיק

רובד ביטוחי זה כולל את הכיסויים הבאים:

- 2.1.1.1 ביטוח השתלות, ניתוחים / וטיפולים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק א'.
- 2.1.1.2 ביטוח תרופות שאינן כלולים בסל הבריאות כאמור בפרק ב'.
- 2.1.1.3 ביטוח הוצאות רפואיות מיוחדות כאמור בפרק ג'.
- 2.1.1.4 ביטוח לניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ד'.

2.1.2 רובד רשות - וולונטארי

מבוטח שרכש את רובד הביטוח הבסיסי רשאי לרכוש הרחבה – ביטוח לניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בישראל ושירותים רפואיים אמבולטוריים כאמור בפרק ה' ו'.

3. ההצטרפות לביטוח

3.1 אופן ההצטרפות לביטוח

- 3.1.1 כל החברים אצל בעל הפוליסה המופיעים ברשימה שתועבר למבטח במועד תחילת ההסכם, אשר אינם נדרשים לשלם עבור הביטוח לרבות עבור חובת תשלום מס, יצורפו לרובד ביטוח בסיסי ולרובד ביטוח רשות במועד תחילת ההסכם ללא צורך במילוי בקשת הצטרפות.
- 3.1.2 חברים חדשים אצל בעל הפוליסה, שחברותם תחול לאחר מועד תחילת ההסכם הביטוח, אשר לא ידרשו לשלם עבור הביטוח לרבות עבור חובת תשלום מס יצורפו לרובד ביטוח בסיסי ולרובד ביטוח רשות, במועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי בקשת הצטרפות.
- 3.1.3 הצטרפות החברים לרובד הרשות הינה וולונטרית, על פי הסכמה מפורשת של החבר מראש ובכתב.
- 3.1.4 הצטרפות בני/בנות זוגם של החברים ו/או ילדיהם ונכדיהם לכל אחד מרובדי הביטוח הינה וולונטרית, לאחר שניתנה הסכמה של החבר מראש בכתב.
- 3.1.5 ניתן לצרף נכדים בתנאי ששני הורי הנכד יהיו כלולים בביטוח. בן/בת הזוג של החבר, ילדיו ונכדיו יהיו מבוטחים באותם רובדי ביטוח של החבר.

3.2 תנאי ההצטרפות לכל אחד מרובדי הביטוח

3.2.1 הצטרפות חברים קיימים

3.2.1.1 כל החברים/עובדים בסגל המנהלי המופיעים ברשימה שתועבר

למבטח במועד תחילת ההסכם, וחברים אשר יגישו בקשת הצטרפות עבור בני/נות זוגם, בני משפחה וילדיהם, תוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם (להן "תקופת הצטרפות לעובדים קיימים"), יצורפו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, בכפוף לסייג או

החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'. זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי. יובהר כי לפוליסה הכוללת את הפרקים א-ה/ה'1' לרבות רובד הרשות יצורפו כל המבוטחים הקיימים ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי.

3.2.1.2 גמלאי אוניברסיטת חיפה המופיעים ברשימה שתועבר למבטח במועד תחילת ההסכם, אשר יגישו בקשת הצטרפות בכתב עבורם ועבור בני משפחה תוך 90 יום ממועד תחילת ההסכם (להלן "תקופת הצטרפות לעובדים קיימים"), יצורפו ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי.

3.2.1.3 בנוסף לאמור לעיל, יצוין כי למבוטחים הפורשים לגמלאות יש אפשרות להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה קולקטיבית, וזאת ברצף ביטוחי מלא וללא צורך במילוי הצהרת בריאות והליך חיתום, כל זאת בתנאי שניצלו זכות זו בתוך תשעים (90) ימים מיום סיום עבודתם אצל בעל הפוליסה ופרישתם לגמלאות.

3.2.2 הצטרפות חברים חדשים

3.2.2.1 חברים שיחלו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת ההסכם, (להלן "חברים חדשים") ובני משפחותיהם, אשר יבקשו בכתב להצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד תחילת חברותם אצל בעל הפוליסה, (להלן "תקופת הצטרפות לעובדים חדשים") יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, עבורם ועבור בני משפחה, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי להוציא, כל מבוטח שהצטרף לאחר תשעים (90) ימים אלו, ההצטרפות תתבצע בכפוף למילוי הצהרת בריאות. **ינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.**

3.2.2.2 חברי סגל הנמצאים בחל"ת או בשנת שבתון יהיו זכאים להצטרף לביטוח על פי הכללים המצוינים בס"ק 3.2.2.1.

3.2.3 הצטרפות של בן/בת זוג חדש

בן/בת זוג אשר ינשא/תינשא לחבר - מבוטח, ובני משפחתה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד הנישואין, (להלן "תקופת הצטרפות לבני זוג חדשים") או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, **בכפוף לסייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'.** זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי. **יובהר כי לא יינתן כיסוי עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.**

3.2.4 צירוף תינוק לביטוח

תינוק ששני הוריו מבוטחים בביטוח זה לפחות 6 חודשים טרם היוולדו, לרבות ביטוחו של בן הזוג במסלול ברות ביטוח של בן הזוג כאמור בס"ק 3.2.10 להלן, ואשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום היוולדו, (להלן "תקופת הצטרפות לתינוק שנולד") יצורף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום,

- וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה לגבי כל פרקי הפוליסה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד היוולדו. בחלוף תקופה זו הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. מובהר כי ההצטרפות לביטוח הינה לרובדי הביטוח בהם היו מבוטחים הוריו עובר למועד הלידה. מובהר למעלה מכל ספק כי כיסוי זה יינתן גם לתינוקה של חברה שאינה נשואה (רווקה/גרופה/אלמנה).
- 3.2.5** חברים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופות ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות, המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 3.2.6** **תנאי הצטרפות של חבר ו/או בן זוגו וילדיו שבמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי.**
- 3.2.6.1** חבר ו/או בני משפחתו של חבר המבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי, יהיו זכאים להצטרף לביטוח במהלך תקופות ההצטרפות הנקובות לעיל, לפי העניין, ברצף ביטוחי מלא לתקרות וכיסויים חופפים. לאחר מועד זה ההצטרפות תהיה כפופה למילוי הצהרת בריאות.
- 3.2.6.2** מובהר ומוצהר כי האמור בס"ק 3.2.6.1 הינו לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים להם היו זכאים, אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הפרטי או הקולקטיבי הקודם.
- 3.2.7** **תנאי ההצטרפות של ילדי עובדים**
- 3.2.7.1** ילדים של עובדים יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל, הכול ובתנאי שצורפו לאותם רובדי ביטוח בהם מבוטח העובד
- 3.2.7.2** למרות האמור לעיל, הצטרפות ילדו של מבוטח שמלאו לו 25 שנה ומעלה כרוכה במילוי הצהרת בריאות, אלא אם כן היה מבוטח בהסדר הביטוח הקודם. במקרה כזה יחולו התנאים הקבועים בס"ק 3.1 לעיל.
- 3.2.7.3** ילדי מבוטחים שצורפו לביטוח וטרם מלאו להם 25 שנה, ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 25 שנה, ימשיכו להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו.
- 3.2.7.4** יובהר כי בעת הגעת הילד לגיל 25 תתעדן הפרמיה ע"פ הנקוב בטבלת דמי הביטוח.
- 3.2.8** **זכאות במהלך שירות צבאי סדיר**
- במהלך שירות צבאי סדיר יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ן, בהתאם לרובדי הביטוח בהם היה מבוטח טרם גיוסו לשירות הצבאי. למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת – המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.
- 3.2.9** **פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית**
- מובהר בזאת כי מבוטחים אשר פרשו מביטוח זה, או מכל רובד ממנו, מסיבה כלשהי וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. מבוטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופת האכשרה הנקובות בכל פרק.

- 3.3.1 אם ההצטרפות אינה כרוכה במילוי הצהרת הבריאות, תשובת המבטח לבקשת ההצטרפות תהיה בתוך 7 ימי עבודה.
- 3.3.2 אם ההצטרפות כרוכה במילוי הצהרת בריאות, המבטח ישיב על בקשת ההצטרפות לביטוח בתוך 14 ימי עבודה מהמועד בו התקבלו במשרדי המבטח כל המסמכים שדרש על מנת לקבוע את החלטתו לגבי תנאי ההצטרפות. אם לא תינתן תשובת המבטח למבוטח במהלך תקופה זו, יחשב המבוטח כאילו אושרה הצטרפותו לביטוח ללא תנאי או סייג.
- 3.3.3 אם אישר המבטח את בקשת ההצטרפות, יודיע למבוטח בכתב את המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח.

1. תוקף הביטוח

- הביטוח יכנס לתוקפו לגבי כל אחד מהמבוטחים כדלקמן:
- 4.1 לגבי מבוטחים שיצטרפו ללא הצהרת בריאות, הביטוח יכנס לתוקפו באחד בחודש העוקב לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות.
- 4.2 לגבי מבוטחים שהצטרפותם מותנית במילוי הצהרת בריאות, הביטוח יכנס לתוקפו באחד בחודש העוקב למועד בו אושרה קבלתם לביטוח ע"י המבטח.
- 4.3 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח. לעניין זה, "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

5. תביעות

- 5.1 מבלי לפגוע בזכויות המבוטח על פי פוליסה זו, על פי כל דין, המבוטח יודיע למבטח על מקרה הביטוח מהר ומוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר למבטח לברר את חבותו ולטפל בתביעה מהר ככל שניתן. המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פוליסה זו, או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם בכפוף לאמור להלן.

5.2 קבלת אישור מראש מאת המבטח

- 5.2.1 במקרי ביטוח הבאים: השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות וטיפולים שלא בסל הבריאות, בדיקות אבחוניות והוצאות רפואיות מיוחדות יפנה המבוטח למבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח.
- 5.2.2 על אף האמור בסעיף 5.3.1, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.
- 5.2.3 על אף האמור לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובגובה חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.
- 5.2.4 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתאימים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית (אם נדרש לעשות כן), **פרטים על אופן הגשת התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן למצוא באתר הייעודי לחברי בעל הפוליסה.**

5.2.5 המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.

5.3 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה לשם בדיקת אמיתות העובדות המשמשות יסוד לתביעה, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמו, ובלבד שהבדיקה אינה מסכנת את בריאותו של המבוטח, ו/או עלולה לגרום לו היזק רפואי ו/או אינה בדיקה פולשנית, ומקום ביצועה של הבדיקה יהיה במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח, ותוך התחשבות ככל הניתן במין הרופא הנובעים מטעמי דת או צניעות ו/או בלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

6. תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

6.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

- 6.1.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.
- 6.1.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לצורך קביעת חבותו.
- 6.1.1.3 במקרים דחופים, יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.
- 6.1.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם
- 6.1.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות..
- 6.1.2.2 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.
- 6.1.3 הגשת קבלות למבטח
- 6.1.3.1 תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות המאשרות ששילם את התשלום בפועל.
- 6.1.3.2 את הקבלות רשאי המבוטח להעביר גם באופן דיגיטלי, ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון או בחשבון אישי מקוון. .

6.2 טיפולים רפואיים בחו"ל

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

6.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

6.4 פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו

התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה לעיזבונו של המבטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

7. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

- 7.1 הייתה למבטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.
- 7.2 קיבל המבטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.
- 7.3 בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.
- 7.4 המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
- 7.5 מובהר כי הוראות סעיף לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שלא בכוונה בידי אדם שהינו קרוב של המבטח או מעבידו.

8. זכאות לתגמולי ביטוח במסגרת פוליסה אחרת

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

9. הצמדה

- 9.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.
- 9.2 חישוב הצמדה יעשה עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל על ידי המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או על-ידי המבטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.
- 9.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתשלום נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים מהמועד הנקוב בה.

10. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לכל דין, למעט במקרה שהמבוטח אינו משלם או לא שילם דמי ביטוח כסדרם. במקרה זה יבוטל הביטוח לאותו מבוטח שעבורו לא שולמו דמי הביטוח, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח.

11. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח.

- 11.1 בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח על פי הסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, ובכפוף לכל דין. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.
- 11.2 המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח בכל עת.
- 11.3 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.
- 11.4 ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהינו חבר משמעו ביטול הפוליסה גם לגבי המבוטחים שהינם בן זוגו ו/או ילדיו. ביטול הביטוח של בן זוגו של החבר או ילדיו לא יהווה ביטול הפוליסה של מבוטח שהינו חבר, אלא אם ביקש זאת החבר במפורש.

12. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 12.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי **המוקדם** מבין המועדים הבאים:
- 12.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 12.1.2 היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח את חברותו אצל בעל הפוליסה. סעיף זה מתייחס לעובדים שסיימו את עבודתם באוניברסיטה חיפה ואינם גמלאים (להלן "עובד שסיים חברותו אצל בעל הפוליסה").
- 12.1.3 בכפוף לתיקון מס' 5 התשע"ב-2012 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. סעיף 10 – הודיע המבוטח לחברה על ביטול הפוליסה, תבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול.
- 12.1.4 לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג – היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.
- 12.2 הביטוח על פי פרק ו' – הוצאות רפואיות מיוחדות, יסתיים עבור כל מבוטח במלאת לו 70 שנה, אף אם טרם הסתיימה תקופת הביטוח כפי שצוין לעיל.
- 12.3 מובהר כי פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 12, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

13. המשכיות

13.1 סיום ההסכם או ביטולו

- 13.1.1 עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי שיהיה נהוג על המדף של חברת הביטוח במתכונת "משלים לשב"ן" או מהשקל הראשון, הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.
- 13.1.2 תינתן הנחה של 20% הנחה ל-36 חודש ולאחר מכן 10% לכל החיים
- 13.1.3 במקרה של ביטול הפוליסה על ידי מי מהצדדים, ובמקרה של חידוש הפוליסה אצל מבטח אחר באופן קולקטיבי לכלל המבוטחים או לחלקם, יוכל מבוטח שמעוניין להמשיך ולהיות מבוטח אצל המבטח לעשות כן בתנאים הנקובים בס"ק 13.1.1.
- 13.1.4 המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים, אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסה

- פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.
- 13.1.5 המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים ותקרות חופפים.
- 13.1.6 מובהר בזאת כי האמור בס"ק 13.1.1 מתייחס לכיסויי ביטוח ועד לסכומי ביטוח הנכללים בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים ו/או יבקש להגדיל את סכומי הביטוח מעבר לאלו שבפוליסה זו, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.
- 13.1.7 המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.
- 13.2 המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה**
- 13.2.1 בוטל ביטוחם של החבר ו/או בן/ת זוגו וילדיו עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה, או אם הסתיימה העסקתו באוניברסיטת חיפה (לא בשל פרישה לגמלאות), עם סיום ההסכם או ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבוטח, יהיו רשאים המבוטחים לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי שיהיה נהוג על המדף של חברת הביטוח במתכונת "משלים לשב"ן" או מהשקל הראשון, הכולל כיסויים ביטוחיים דומים לאלה בהם היו מבוטחים עובר למועד סיום ההסכם או ביטולו.
- 13.2.2 המבוטח יהיה זכאי להנחה בשיעור 20% ל-3 שנים ולאחר מכן 10% לכל החיים מהתעריף של פוליסת הפרט
- 13.2.3 עם היוודע למבטח סיום חברותו או סיום עבודתו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, תוך 90 יום ממועד שליחת ההודעה.
- 13.2.4 תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום סיום העסקה.
- 13.2.5 המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.
- 13.3 המשכיות הביטוח עקב גירושין**
- בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של חבר עקב גירושיו מחבר, יהיה רשאי הגרוש וילדיו (שאינם ילדי החבר) להמשיך את הביטוח ברצף ביטוחי מלא, על פי התנאים המצוינים בסעיפים 13.2.
- 13.4 המשכיות הביטוח לגמלאים**
- מובהר כי חבר מבוטח שפרש לגמלאות ובני משפחתו ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו ולפי תעריפים המיוחסים לגילו.
- 13.5 פטירתו של חבר**
- מובהר כי שאריו של חבר שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו.
- מובהר בזאת כי המעבר לפוליסת פרט עשוי להיות כרוך בהעלאת דמי הביטוח.**
- 13.6 זכויות המבוטחים בתקופת חל"ת**
- חבר שיצא לחופשה ללא תשלום (להלן "חל"ת") בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח למשך תקופת החופשה בתעריף הנהוג לכלל החברים, בכפוף לכך שיסדיר עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח על ידי הודעה מסודרת ומתן אמצעי גביה תקין.
- 14. דמי הביטוח**
- 14.1 הפרמיות החודשיות בשקלים חדשים עבור כל מבוטח, הינן כמפורט בהסכם הביטוח והמופיעים ב"גילוי נאות" אשר מצורף לפוליסה זו. (הערה: ייכתב ע"י המבטח) ומשתנים לפי הגיל.
- הפרמיות הינן עפ"י מדד אשר פורסם ב-15 לדצמבר 2017 – 12243.

- 14.2 דמי הביטוח לכל מבטוח ישתנו לפי גיל (למעט הצמדה למדד), והם כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג.
- 14.3 דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי וישולמו במרוכז ע"י בעל הפוליסה או מטעמו, בשיק או ע"י העברה בנקאית עד ה – 15 בכל חודש בגין החודש הקודם (להלן: "מועדי התשלום").

דמי ביטוח - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל-מהשקל הראשון

סה"כ פרמיה	הרחבה ה'ו'	פרק א' -ד'	
₪ 43.7	₪ 32.7	₪ 11	ילד של עובד עד גיל 25
₪ 151	₪ 109	₪ 42	ילד של עובד מגיל 25 ומעלה
₪ 151	₪ 109	₪ 42	עובד / בן בת זוג מגיל 21 עד 67
₪ 221	₪ 164	₪ 57	עובד בן /בת זוג מגיל 68

15. התאמת דמי הביטוח:

- 15.1 בתום עשרים וארבעה (24) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). במידה ותידרש העלאת/הפחתת פרמיה, היא תחול החל מהחודש ה-25.
- 15.2 בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח וקביעת שיעור ההפסד/רווח תבוצע על פי הנוסחה שלהלן: פרמיה ברוטו: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבטוחים. הפרמיה לחישוב: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות, בשיעור 30%. תביעות משולמות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה. תביעות תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. IBNR: עד 30% מהתביעות ששולמו ותביעות תלויות. רווח/הפסד: הפער בין הפרמיה לחישוב לבין התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו IBNR.
- 15.3 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מ-50% מהפרמיה. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים או תופחת פרמיה בהסכמת הצדדים.

16. תקופת הביטוח

- 16.1 תקופת ביטוח זו הינה 60 חודשים החל מ- 1.01.2018 וכלה ב- 31.12.2022 .
- 16.2 בתום תקופה זו תחודש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת של 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 16.3 תתבצע התאמת פרמיה מדי 24 חודשים.
- 16.4 אם במועד חידוש הפוליסה יחול שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה סעיף זה "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח המצורפת לפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח לבעל הפוליסה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 16.5 אם חודש הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והמבוטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 16.6 מבטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב העדכון בכפוף לתנאים כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.
- 15.5 מוסכם בזאת על אף האמור לעיל, כי בעל הפוליסה רשאי בכל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי ובהודעה מוקדמת של 90 ימים מראש, לסיים את ההתקשרות בין הצדדים על פי הסכם זה, אף לפני תום תקופת ההתקשרות, וכן לבטל את ההסכם, בתנאים כמפורט בפוליסה נספח א' להסכם זה.
- 15.6 למען הסר ספק, יובהר כי במקרה של סיום ההתקשרות כאמור יהיה המבטח אחראי למקרי ביטוח שאירעו לפני מועד סיום ההתקשרות וכן, ימשיך המבטח להעניק שירותי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה ועל פי כל דין לעובד ומשפחתו (לדוגמה המשך תשלומי גמלאות או תשלומים בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח וטרם שולמו או אפשרות לרכישת פוליסת המשך).
- 15.7 אם חודש הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והמבוטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 15.8 מבטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב העדכון בכפוף לתנאים כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.
- 15.9 המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה כלפי מבוטח מסוים, או כלפי כלל המבוטחים, אלא אם מתחייב הדבר על פי דין.
- 15.10 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 17. ערעור על החלטת המבטח**
- 17.1 ועדת ערר**
- 17.1.1 במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, בגין מקרי ביטוח יהיה המבוטח רשאי

- לפנות ליועץ הביטוח. בסמכות סוכן הביטוח לייצג את ענייני המבוטח מול המבטח או להפנות את נושא המחלוקת לוועדת ערר.
- 17.1.2 ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 17.1.3 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 17.1.4 וועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה וסוכן הביטוח.
- 17.1.5 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 17.1.6 אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה "המומחה"). יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 17.1.7 המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 17.1.8 למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיציאת תביעתו, על פי כל דין.
- 17.1.9 בסמכות יו"ר העובדים מטעם בעל הפוליסה וראש אגף משאבי אנוש או איש מטעמו לאשר הוצאות עבור טיפולים רפואיים שאינם מכוסים בפוליסה, וכן לאשר תשלומים עבור הוצאות רפואיות מעבר למכסת הטיפולים המצוינת בפוליסה, ומעבר לתקרות הנקובות בפוליסה, הכל לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובלבד שהסכום המצטבר לאישורים אלו לא יעלה על 3% מהפרמיה הכוללת המצטברת שהתקבלה אצל המבטח החל מתחילת ההסכם ועד ליום מתן אישור".

18. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 18.1 חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, למעט, השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל. יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.
- 18.2 עובד-מבוטח ובני משפחתו אשר יצאו לחו"ל לצורך לימודים, הוראה או מחקר במוסד אקדמי בחו"ל של העובד, לתקופה העולה על 90 יום, ואינו מעוניין להמשיך את פוליסת הביטוח ישמרו זכויותיו בביטוח. משמעות הדבר שעם שובו של המבוטח ארצה באופן קבוע, יוכל להצטרף לביטוח מחדש תוך 90 יום מיום חזרתו ארצה ברצף ביטוחי מלא. מובהר כי במהלך השנות בחו"ל לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו.

19. שינויים בפוליסה

- 19.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה. שינויים אלו ייתכן וידרשו העלאה בפרמיות.
- 19.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה

- במלואה תקופת הביטוח, בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.
- 19.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל מבטח, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבטח למבטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש, או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 19.4 אם שונו תנאי הביטוח במהלך תקופת הביטוח, שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח, והמבטח הודיע למבטח במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל ממועד השינוי, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 19.5 מבטח אשר יגיש בקשה בכתב לבטל את הפוליסה עקב השינוי כאמור, יהיה רשאי לרכוש ביטוח רפואי כמפורט בסעיף 13.1.1.
- 19.6 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו המשמעות לטובת המבוטח/ים שהצטרף/ו הן ברצף ביטוחי והן כמבוטחים חדשים ו/או בעל הפוליסה, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי המבוטחים הכלולים בו ו/או שהצטרפו אליו וכן בעל הפוליסה. "להטיב" לדעת בעל הפוליסה.
- 19.7 החברה המבטחת מתחייבת ליידע ולעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה כללית או ספציפית רלוונטית שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות קולקטיביים, אם וככל שהן מטיבות עם מבטח כלשהו ועם בעל הפוליסה (לפי העניין).
- 19.8 למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קיבוצית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה ו/או תקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת בהתאם לכיסויים החופפים שהיו למבטח בפוליסה הקודמת.
- 19.9 כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו- אך הינם תנאי מינימום –ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו נוסחו בפרקים הרלוונטיים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזריו. כמו כן, לא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה. "מטיבה" לפי דעת בעל הפוליסה.
- 19.10 פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1/12/2012 אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ וחודשה ב-01/01/2018. למען הסר ספק, יובהר כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסת הבריאות של עובדי אוניברסיטת חיפה ובני משפחותיהם, אשר התנהלה בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל רבדיה, נספחיה ותוספותיה, שתחילתה ביום 1/12/2012 (להלן: פוליסה קודמת/ביטוח מקורי) וחודשה ב-01/01/2018 לרבות עובדים חדשים, ובני משפחותיהם אשר יצורפו לביטוח, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך

במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופת אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

- 20. חובת בעל פוליסה**
בעל הפוליסה ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה;
- 21. גבייה מיסים והיטלים**
מובהר בזאת כי מיסים ממשלתיים ואחרים החלים ו/או יחולו עפ"י דין ישיר על המבטח בין אם בגין הפוליסה ובין אם לאו, ישולמו ע"י המבטח ללא זכות קיזוז מהמבוטח או מבעל הפוליסה. עוד יובהר כי לא יהיה בהוראות סעיף זה כדי לשלול מן המבטח זכות, תרופה או סעד כלפי המבוטח, להם יהיה זכאי לפי כל דין.
- 22. התיישנות**
תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- 23. חוק הביטוח**
הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו.
- 24. הודעות**
על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.
- 25. מקום שיפוט**
מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.
- 26. שונות**
- 26.1 בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.
- 26.2 המבטח ישלח למבוטח לפי דרישתו, העתק מההסכם שבינו לבין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 26.3 במקרה של סתירה בין הוראות פרק זה (תנאים כלליים) לבין הוראות כל פרק או נספח, או בין כל פרק או נספח אחד למשנהו, או אם תהיה אי בהירות לגבי הפירוש הנכון של הוראה כלשהי, יפורש הדבר לטובת המבוטח.

ולראיה באו הצדדים על החתום:

נספח 1

פוליסת ביטוח רפואי קבוצתי לעובדי אוניברסיטת חיפה
בארגון הסגל המנהלי ובני משפחותיהם

פרק א' – הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדד: בכל מקרה בו מנוסחת הפוליסה ונספחיה בלשון זכר, הכוונה היא גם ללשון נקבה, ולהיפך.

1. **המבטח:** איילון חברה לביטוח בע"מ
 2. **בעל פוליסה:** אוניברסיטת חיפה – סגל מנהלי
 3. **עובד:** עובד אוניברסיטה חיפה לרבות מי שפרש לגמלאות (להלן "גמלאי"), ו/או עובד/ת של בעל הפוליסה שהגיע מועד זכאותו להצטרף לביטוח, על פי הגדרתו הבלעדית, החד צדדית והבלתי ניתנת לסתירה של בעל הפוליסה, אשר לפי החלטתו הבלעדית של בעל הפוליסה הגיע מועד זכותו.
 4. **חבר:** עובד אוניברסיטה חיפה החבר בארגוני הסגל המנהלי באוניברסיטת חיפה.
 5. **הסכם הביטוח:** הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי לחבריו ובני משפחותיהם, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו, כמפורט להלן. מובהר ומוסכם כי ההסכם יחול גם על גמלאים אשר חברים אצל בעל הפוליסה.
 6. **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
 7. **ילדים:** ילדי חבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק, שטרם מלאו להם 25 שנים. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד.
 8. **בני משפחה:** בן/בת זוג, ילדים, בני/בנות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים).
 9. **ילד בוגר:** ילדו של חבר כאמור שמלאו לו 25 שנה. מובהר כי תנאי הפוליסה החלים על ילדי חברים- בוגרים יחולו גם על בן/ת זוגו של הילד הבוגר.
 10. **אלמן/ה:** בן/ת זוג של חבר שנפטר.
 11. **המבוטח:** חבר/ה, גמלאי/ת, אלמן/ה, בן או בת זוגם וילדיהם אשר הצטרפו לביטוח, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.
 - 11.1. **מבוטח קיים:** מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן/ת זוגו (ובכלל ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, בני/בנות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים) לרבות ילדים חורגים ומאומצים, לרבות בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו.
 - 11.2. **מבוטח חדש:** מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת ו/או מבוטח/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד קיים ו/או עובד חדש ו/או בן/ת זוג קיים ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, בני/בנות זוג של הילדים וילדי הילדים (נכדים) לרבות ילדים חורגים ומאומצים, לרבות בן/ת זוג ו/או ילדים של עובד שנפטר, ובלבד שהעובד היה מבוטח בפוליסה הקודמת טרם פטירתו.
 12. **הצעת הביטוח:** טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כשהוא מלא על כל פרטיו, וחתום על ידי החבר בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות שבהסכם הביטוח.
 13. **תאריך תחילת הביטוח:** 01.01.2018
 14. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך קרות מקרה הביטוח, כמצוין בכל פרק או נספח, ככל שמצוין, ומסתיימת בתום תקופה שצוינה (ככל שצוינה). במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח. זכאותו תחל בתום תקופת המתנה ובתנאי שנמצא במצב מזכה במועד זה.
 15. **תקופת אכשרה:** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך תחילת הביטוח, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
- תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו יחשבו כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע

- במהלך תקופת האכשרה. מובהר בזאת כי לגבי מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח לא תחול תקופת אכשרה.
16. **דמי הביטוח:** הסכום שעל המבוטח לשלם למבטח בגין פוליסה זו, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בהסכם הביטוח.
 17. **מקרה הביטוח:** מערכת עובדות ונסיבות, כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה ו/או הנספחים, אשר קיומה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי הפוליסה.
 18. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.
 19. **מדד בסיס:** מדד חודש נובמבר אשר פורסם ב- 15 בדצמבר 2017.
 20. **מדד ידוע:** המדד האחרון הידוע ביום תשלום כלשהו, עפ"י פוליסה זו.
 21. **הצמדה למדד:** התאמת הסכומים (לרבות פרמיה, השתתפות עצמית, תקרת חבות, תגמולי ביטוח) ביחס שבין המדד הידוע לבין מדד הבסיס. התאמת הסכומים תיעשה בכל חודש ביום הראשון של החודש.
 22. **שנת ביטוח:** תקופה של 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, והמתחדשת כל 12 חודשים.
 23. **יום/יממה:** יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.
 24. **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה ברציפות. אשפוז למספר שעות לצורך ביצוע ניתוח ייחשב כיום אשפוז לעניין פוליסה זו. (להלן "אשפוז יום").
 25. **סכום ביטוח:** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.
 26. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981.
 27. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
 28. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
 29. **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל.
 30. **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
 31. **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (T.C), בדיקת תהודה מגנטית (R.M.I), מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, בדיקה פתולוגית ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח, לרבות לצורך מניעה, או לקביעת דרכי הטיפול בו, לרבות בדיקות גנטיות ובדיקות אונקו גנטיות המבוצעות בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן. כל זאת בתנאי שהבדיקות מבוצעות בבתי חולים ו/או מעבדה ו/או במכון רפואי מוסמך אשר אושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, לרבות אם הבדיקות נשלחו למעבדה בחו"ל לצורך פענוחן. מובהר כי בדיקות סקר או מניעה יכוסו בחלוף שתי שנות ביטוח, על פי המלצה מאת רופא משפחה או רופא מומחה שהנושא הנבדק בתחום מומחיותו.
 32. **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים, בתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
 33. **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד. (כגון בית חולים הדסה או שערי צדק).
 34. **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים.

35. **בית חולים שבהסכם:** בית חולים כמוגדר לעיל, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבטחים כמפורט בפוליסה זו.
36. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית או כל קופה אחרת שתהיה קיימת.
37. **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעיים וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבטח או מגופו של אדם אחר ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי, אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח.

38. **ניתוח:** כל פעולה פולשנית חודרנית (INVASIVE), בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, לרבות ומבלי למצות באמצעות גלי לייזר מכל סוג שהוא, גלי קול, הלם או רדיו, אשר מטרתה טיפול במצב רפואי ו/או ריפוי ו/או מניעה ו/או אבחון מחלה או פגיעה, ו/או תיקון פגם או עיוות של המבטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות לאבחון או לטיפול, כגון: הראית אבריים פנימיים (ENDOSCOPY למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה, ריסוק אבני כליה או מרה.

הגדרה זו נוסחה באופן שייטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח.

39. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.
40. **טיפול חליפי לניתוח:** כל טיפול רפואי שאינו ניתוח, שעל פי חוות דעתו של רופא מומחה בתחום, הטיפול נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע, או למנוע ביצוע הניתוח. כל זאת בתנאי שבמועד קבלת הטיפול הוא אינו נחשב כניסיוני, אינו למטרה אסתטית, ואינו מתחום הרפואה המשלימה.
41. **מנתח:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או במקום מתן הטיפול, כרופא מומחה מנתח.
42. **מנתח הסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע הניתוח, ואשר למבטח הסכם התקשרות עמו לצורך ביצוע ניתוחים וטיפולים למבטחים.
43. **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה, בישראל או בחו"ל, כרופא מרדים.
44. **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
45. **רופא מומחה בכיר:** רופא מומחה, מנהל או סגן מנהל מחלקה, או מנהל מכוון/יחידה בבית חולים או מי שכיהן בעבר במשרה זו, ו/או רופא בעל תואר אקדמי של פרופסור ממוסד אקדמי המוכר בישראל, או מי שמוכר כרופא מומחה ע"י הביטוח המשלים של קופת חולים.
46. **אחות/אח:** אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל – אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
47. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, במועד קרות מקרה הביטוח, לצורך ביצוע ניתוחים, טיפולים, בדיקות ואבחונים או שירותים רפואיים אחרים המכוסים בפוליסה זו, בישראל ובחו"ל. פרטי נותני השירותים שבהסכם והדרך להתקשר עימם מופיעים באתר המבטח ובאתר הביטוח הייעודי שיפורסם למבטחים.

48. **שתל, אביזר מושתל, תותב:** כל אביזר או איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי (או חלק מהם) ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים או מוחדרים או המורכבים בגופו של המבוטח, במהלך ו/או תוך כדי ביצוע ניתוח או פעולה פולשנית אחרת המכוסים על פי פוליסה זו, או אחריה. מובהר כי תותבת שיניים או שתל דנטאלי או איבר המושתל בהליך של השתלה כמצוין בסעיף 35 לעיל, אינם נכללים בהגדרת שתל לעניין פוליסה זו.
49. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אחר אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה.
50. **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
51. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
52. **מועד תחילת ההסכם:** 01.01.2018
53. **שב"ן -** תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות הניתנים על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח ו/או על ידי אישיות משפטית שהוקמה על ידי קופת חולים ו/או על ידי חברת ביטוח ביחד ו/או בשם ו/או עבור קופת החולים, לרבות שירותי בריאות במסגרת תוכנית לשירותי בריאות נוספים כהגדרתה בחוק הבריאות ו/או בכל הסדר חוקי שיבוא במקומו.
54. **תכנית שב"ן מוכרת:** תכניות "כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב" או כל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבוטח, והמבטיחה כיסוי ביטוח וזכויות נרחבות יותר מהמוצע בתכנית המזכרות לעיל.
55. **מחלה:** מצב של בריאות לא תקינה, או קיום בעיה בריאותית, או הפרעה במצב הבריאות, או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים הגוף או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם או כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
56. **תאונה:** אירוע מקרי ובלתי צפוי אשר אירע במהלך תקופת הביטוח, וגרם ע"י אמצעי חיצוני להיזק גופני אשר מהווה את הסיבה העיקרית לקרות מקרה הביטוח. מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראמה) אינן בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.
57. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי (ניתוח, השתלה, טיפול תרופתי, טיפול רפואי כלשהו) שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל או ע"י הרשות המוסמכת לאישור תרופות בארה"ב (F.D.A.) או במדינות האיחוד האירופי-E.M.E.A, קנדה או אוסטרליה או ניו-זיילנד או נורווגיה או שווייץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא ייחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.
58. **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל.
59. **צירוף אוטומטי:** צירוף אוטומטי לביטוח של מבטחים שהיו קיימים בביטוח הקודם לכיסויים ותקרות חופפים - אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי הביטוחי לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצב הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת או קודם למועד ההצטרפות לביטוח, וזאת על תקרות וכיסויים חופפים כמו כן לא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי.
- במקרה של צירוף אוטומטי תבוטל כל החרגה או סייג לחבות המבטח בשל מצבו הרפואי של המבוטח ככל שנקבעה בהסכם הביטוח הקודם, ולא תחול תקופת אכשרה כלשהי.**

60. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח

61. 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.
62. סייג בשל מצב רפואי קודם - סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם העיקרי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם אשר מתועד במסמכים רפואיים, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

63. רצף ביטוחי מלא - מעבר בין ביטוח רפואי קודם (פרטי או קבוצתי) לביטוח רפואי חדש, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות. לאמור, תנאי החיתום לגבי הביטוח החדש יהיו כפי שנקבע לגבי הצטרפותו לביטוח הקודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודם. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח הפרטי כמועד הצטרפותו לביטוח זה. **מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים.**

64. מצב רפואי המחייב טיפול הנזכר בהגדרת מקרה ביטוח (כגון טיפול מיוחד בחו"ל, ניתוח בארץ או בחו"ל, השתלה, טיפול תרופתי): מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול, משמעו שישנה קביעה או המלצה מתועדת לפיה על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי.

65. מועד קרות מקרה הביטוח: כאשר מקרה הביטוח מוגדר כמצבו הרפואי המחייב את טיפול רפואי יהיה המועד הקובע המועד בו נקבע לראשונה, על פי אבחנה ו/או חו"ד רפואית ו/או המלצה מתועדת, ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול. המועד הקובע לגבי מקרי הביטוח האחרים יהיה המועד בו בוצע השירות או הטיפול הרפואי.

חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1 מקרה הביטוח הוא תוצאה של פעילות בלתי חוקית / עוון / פשע.
 - 1.2 מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
 - 1.3 מקרה ביטוח שארע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה שאירעה במהלך תקופת האכשרה. סעיף זה לא יחול על מבוטחים שאינם נדרשים להמתין את תקופת האכשרה, כמפורט בסעיף ההצטרפות לביטוח אשר בפרק ג'.
 - 1.4 מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.

- 1.5 לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם באופן ישיר מפעילותו של המבוטח בפעילות צבאית.
- 1.6 מקרה הביטוח נגרם מביקוע/היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 1.7 טיפולי שיניים.
2. סייג בשל מצב רפואי קודם:
- 2.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח שהגורם העיקרי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיימו בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 2.2 מובהר ומוצהר כי חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק י"א, וכי הזכאות לתגמולי ביטוח בגין הטיפולים כאמור תקום לאחר תקופת האכשרה הנקובות בפרק זה.
- 2.3 חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבוטח בשאלון החיתום הרפואי.
- 2.4 סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבוטח בשאלון החיתום הרפואי, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.
3. 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 באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים.
4. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
5. עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטח את ברור חבותו, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי הביטוח.
6. לא קוימה חובת המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקוימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- 6.1.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות
- 6.1.2 אי קוימה או איחור לא מנע מהמבטח את ברור חבותו ולא הכביד על הברור
- 6.1.3 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את ברור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

רובד בסיס – אובליגאטורי לעובד

פרק א' – השתלות בחו"ל וניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

- 1.1 **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.2 **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, ובכלל זה אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

- 1.3 **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4 **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר או איברים או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שנלקחו מגופו של המבוטח, או מגופו של אדם אחר, ו/או של איבר אשר נלקח ממקור אחר במקומם, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ואו איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים, או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי אשר מקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.
- הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**
- 1.5 **טיפול מיוחד בחו"ל:** כל טיפול רפואי או טיפול רפואי המשלב ניתוח המבוצע בחו"ל, העונה על אחד מהתנאים הבאים:
- 1.5.1 אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה מיידית לחיי המבוטח.
- 1.5.2 אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
- 1.5.3 הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.5.4 הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה המטולוגית או מחלה גידולית אחרת.
- 1.5.5 על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח.
- 1.5.6 הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:
- 1.5.6.1 הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.
- 1.5.6.2 טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ומומלץ ע"י רופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח, לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.
- לעניין בחינת הניסיון בביצוע הטיפול יבואו בחשבון מספר הטיפולים שבוצעו במרכזים רפואיים בישראל מול מספר הטיפולים שבוצעו במרכז הרפואי בחו"ל במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח.
- 1.5.6.3 על פי הניסיון שנצבר במהלך ה 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.
- 1.6 **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי שאינו מאושר ע"י הרשות המוסמכת בישראל, או ע"י הרשות המוסמכת בארה"ב (F.D.A.), או במדינות האיחוד האירופי - E.M.E., קנדה או אוסטרליה או ניו-זילנד או יפן או נורווגיה או שוויץ או איסלנד (להלן "מדינות מוכרות"), לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. מובהר כי תרופה המוגדרת כ"תרופת יתום" ע"י E.M.E.A או F.D.A לא תחשב לטיפול ניסיוני. אישור הרשויות למתן טיפול רפואי לצורך מחקר, או טיפול הדורש אישור ועדת הלסינקי ייחשב כטיפול ניסיוני לעניין פוליסה זו.
- 1.7 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר

טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

1.8 טיפול/שירות רפואי: כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם, אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הטסה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וחוו"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:

- 2.1 ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2 ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.
- 2.3 ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

3. חבות המבטח

3.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה:

3.1.1 מסלול שיפוי:

3.1.1.1 במקרה של ביצוע ההשתלה בתיאום עם המבטח או שלא בתיאום עם

המבטח, הסכום המרבי לשיפוי לכל מקרה ביטוח בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד ל- 5,000,000 ₪ ובהתאם לאמור בסעיף 2.2 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם וככל שנקבעו.

3.1.1.2 מסלול פיצוי חד פעמי מיוחד:

המבטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי המקנה פיצוי כספי במקרה של צורך בביצוע השתלה במפורט להלן:

3.1.1.2.1 המבטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 350,000 ₪.

3.1.1.2.2 הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח במסלול פיצוי הינה לאחר

שהמבטח העביר אישור כי נרשם במרכז הארצי

להשתלות.

3.1.1.2.3 על אף האמור לעיל, פיצוי לפי סעיף קטן 2.1.1.2 לא יחול

על השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית.

3.1.2 למען הסר ספק, מובהר כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף קטן זה, לא יהיה

זכאי לכל שיפוי בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.2 להלן.

3.1.3 סכום ביטוח במקרה של טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל:

3.1.3.1 אם הטיפול המיוחד או הניתוח בוצע בתיאום עם המבטח, יישא המבטח

במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים

המפורטים בסעיף 2.2 להלן.

3.1.3.2 במקרה של ביצוע ניתוח או טיפול מיוחד שבהסכם שלא תואם עם

המבטח, הסכום המרבי לכל מקרה ביטוח הינו 800,000 ₪.

3.2 תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה, או טיפול מיוחד/ניתוח

מיוחד בחו"ל

3.2.1 הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור

הערכה רפואית של המבטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח

בחו"ל, וכן יישא בעלות טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.2.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:
המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבוטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל.

3.2.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (באיבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו המרבית של המבוטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על 200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.2.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות ומבלי למצות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, ובין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בהתאם להוצאות בפועל.

3.2.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שימוש של המבוטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.2.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה ו/או ביצוע הטיפול המיוחד ו/או הניתוח בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.2.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:
המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

3.2.8. הוצאות הטסת רופא:
בנוסף לאמור בסעיף 3.2.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את

המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.2.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל.

הטסה רפואית משמעה – הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

3.2.10. הוצאות העברה יבשתית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, בהתאם להוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

3.2.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום ביטוח מרבי בסך 800 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה עד 1,200 ₪ ליום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

3.2.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או מביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, או לצורך בקרה עליהם, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי, הכול ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל הסוברת שאי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

3.2.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל, עד לסך של 100,000 ₪.

3.2.14. הוצאות הטסת גופה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.2.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע

טיפול כתחליף לטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה - עד לסכום של 120,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח.

3.2.16. **גמלת החלמה - פיצוי חודשי לאחר ביצוע השתלה:**

3.2.16.1. בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, יהיה

זכאי המבוטח לאחר ביצוע השתלה, לגמלת החלמה על סך של 5,000 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. יובהר כי גמלת ההחלמה תשולם למבוטח גם אם ההשתלה בוצעה בישראל. **יובהר כי במקרה של השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית לא יהיה המבוטח זכאי לגמלת החלמה.**

3.2.16.2. אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה

זו, יהיה זכאי המבוטח לבקש הקדמת תשלום הגמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, הכול ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על 24 חודשים בסך הכול.

3.2.17. נפטר המבוטח כתוצאה מביצוע ההשתלה במהלך תשלום הגמלה, יהיו יורשיו

החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו.

4. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לביצוע טיפול מיוחד או השתלה בחו"ל, מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

4.1. ההשתלה או הטיפול המיוחד או הניתוח אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.

4.2. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

4.3. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

4 חריגים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

4.1 טיפולים ניסיוניים או טיפולים שאינם מקובלים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4.2 טיפולי שיניים כירורגיים וניתוחי חניכיים. יובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת וטיפולי שיניים מכל סוג שהוא לצורך ביצוע ניתוחי לסת, או הנדרשים עקב ניתוח פה ולסת המכוסה על פי פרק זה.

5.3 על פי פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.

5.4 ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור לעיל יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה או חבלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואי בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.

יובהר כי לעניין ניתוחים בריאטריים, יכוסה ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה, ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 ונמצא בטיפול תרופתי במחלת הסוכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון.

5.5 לגבי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי, לא יכוסה מקרה הביטוח שנגרם באופן ישיר מפעילותו של המבוטח בפעילות צבאית.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:
 - 1.1 **טיפול תרופתי:** נטילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך.
 - 1.2 **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
 - 1.3 **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי אשר מטרתו לרפא או לטפל או להקל על הסימפטומים הרפואיים, שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.
2. **מקרה הביטוח**
 - 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה

בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

2.2 מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד סכום ביטוח מרבי בסך 600,000 ₪ ועד 50,000 ₪ לחודש. בנוסף, תקרת הכיסוי בגין סעיף זה תהיה לכל תקופת ההסכם למבוטח.

2.3 מובהר כי תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו.

2.4 **תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות**

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות: ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA)).

2.5 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות**

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה ממומנת ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA, או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

2.6 **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**

כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Micromedex ובלבד

שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

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

2.7 **תרופת יתום** – מוצר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה, שמספר החולים בה בארצות הברית על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש. (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים) או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור והשיווק של התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).

2.8 טיפול תרופתי מיוחד

2.8.1 תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

- 2.8.1.1 תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר לחולה בודד- תרופה שאינה כלולה בקריטריונים המצוינים 2.1-2.4 לעיל, שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד.
- 2.8.1.2 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים לפיהם התרופה נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.8.1.3 תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.
- 2.8.1.4 תרופה שסווגה ע"י ה-FDA "תרופה פורצת דרך" ו/או נמצאת במסלול אישור מזורז.
- 2.8.1.5 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח ואולם, התרופה הומלצה על ידי רופא מומחה בהתאם לממצאים שהתגלו לאחר בדיקה אונקוגנטית להתאמת הטיפול בתרופה, והתרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

3. לעניין פרק זה:

מצב רפואי המחייב טיפול תרופתי: הוראה או המלצה מתועדת מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, על הצורך בטיפול התרופתי במצבו הרפואי המסוים של המבוטח.

4. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד בו ניתנה למבוטח המלצה מתועדת ובכתב ע"י רופא מומחה על הטיפול התרופתי.

למרות האמור, מבוטח אשר קיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי ובחלוף התקופות הנקובות בפרק ב' "חריגים כלליים" סעיף 2 בפוליסה, לפי העניין.

5. סכום הביטוח

- 5.1 הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה, ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה לכל תקופת הביטוח, הינו 4,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
- 5.2 סכום הביטוח המירבי עבור סעיפים 2.5 לעיל יהיה עד לסך של 600,000 ₪ ועד 50,000 ₪ לחודש. בנוסף, תקרת הכיסוי בגין סעיף זה תהיה לכל תקופת ההסכם למבוטח.
- 5.3 יובהר כי אם תבוטל הפוליסה אצל המבטח הנוכחי, ו/או אם הפוליסה תתחדש אצל מבטח אחר, המבטח הנוכחי יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול.

6. השתתפות עצמית

- 6.1 המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך של 250 ₪ בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
- 6.2 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 6.3 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו.

7. הגבלה לחבות המבטח

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:

- 7.1 טיפולים או תרופות ניסיוניות. מובהר כי תרופות המצוינות בסעיף 2.5 לא יחשבו כניסיוניות על פי פרק זה.
- 7.2 טיפולי שיניים, תרופות לטיפול ולטיפולי שיניים.
- 7.3 תוספי מזון וויטמינים. למרות האמור, המבטח יישא בעלות תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי, לצורך טיפול במחלת הסרטן, ועד 10% מסכום הביטוח המרבי.
- 7.4 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.
- 7.5 חיסונים לצורך מניעת מחלה.

8. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל

- 8.1 המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.
- 8.2 חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.
- 8.3 למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90 יום, יהא המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ג' - הוצאות רפואיות מיוחדות

המבטח ישפה את המבוטח בקרות מקרה הביטוח כאמור בפרק זה, עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

הוצאות רפואיות: תשלום עבור טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה), שניתן למבוטח בישראל או בחו"ל לרבות ומבלי למצות, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים על פי הוראת רופא מומחה בלבד ועד 20% מסכום הביטוח המרבי הנקוב, בהתאם לנקוב בטבלת ההחזרים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, מכל סוג שהוא, על פי הוראת הרופא המטפל, אביזרים רפואיים מושתלים, חיצוניים או מתכלים, התאמת הדיור לצרכי המבוטח, וכן טיפולים בסימפטומים של המחלה, או הנובעים ממצב רפואי המחלה המכוסה על פי פרק זה (לצורך הדוגמה: הקפאת/ שאיבת זרע / ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן), וכן הוצאות העברה הנדרשות לצורך קבלת השירותים כאמור עקב המצב הרפואי.

2. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

3. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

1. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** – איבוד תפקוד קבוע ומוחלט, או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים, כתוצאה מתאונה או מחלה.
 2. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה בת לפחות 6 חודשים.
 3. **אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)** – אי ספיקת כבד פתאומית חריפה באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מהסימנים הבאים:
 1. הקטנה חדה בנפח הכבד;
 2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
 3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
 4. צהבת, מעמיקה;
 4. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure)** – חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
 5. **אנמיה אפלטטית חמורה (Aplastic Anemia)** – כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלטטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
 1. עירוי מוצרי דם;
 2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;
 3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);
 4. השתלת מוח עצם.
 6. **אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infarcti)** – נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
7. **גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)** – תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו, או אם לא ניתן לניתוח גורם לנזק ניורולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.
 8. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** – דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת ניורולוג מומחה עלולים להותיר נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.
 9. **דלקת מוח (Encephalitis)** – דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת ניורולוג מומחה עלולים להותיר נזק ניורולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
 10. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Valve Replacement or Repair)** – כל פרוצדורה שנועדה לשם תיקון או החלפה של אחד או יותר ממסתמי הלב.
 11. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** – לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות – קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
 12. **חירשות (Deafness)** – אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

13. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** – דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
14. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** – עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
15. **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)** – מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:
 1. צהבת;
 2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;
 3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;
 4. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליניזם.
16. **מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Lung Disease)** – מחלת ריאות חסימתית כרונית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
 1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
 2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ, ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
17. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** – עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
18. **ניתוח גדול** – ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב, תיקון מפרצת או החלפה אבי העורקים בחזה או בבטן, ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה. **מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה על פי סעיף זה.**
19. **סוכרת נעורים מסוג MELLITUS-DIABETES** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלאו לו 18 שנה.
20. **רטן (Cancer)** – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול גם לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב ניתוח או טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.
21. **עיוורון (Blindness)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
22. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** – מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף, והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית

- המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
23. **פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage)** – פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
24. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** – שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
25. **פרקינסון (Parkinson's Disease)** – האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
26. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** – מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
27. **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** – מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
28. **שבץ מוחי (CVA)** – כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. **כל זאת להוציא TIA.**
29. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** – איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
30. **תרדמת (COMA)** – מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות, והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
31. **תשישות נפש (Dementia)** – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.
32. **נכות צמיתה** - נכות קבועה שנקבעה למבוטח בכפוף לקיומם של כל התנאים שלהלן במצטבר:
1. נכות עקב מחלה אחת מסוימת שאינה מצוינת ברשימת המחלות או האירועים הקבועים בסעיפים 1-31 לעיל.
 2. המחלה המסוימת התגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח,
 3. המבוטח זכאי לנכות קבועה בשיעור של לפחות 75%, לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15), בגין אותה מחלה מסוימת. למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. למרות האמור, המבטח יאשר תגמולי ביטוח על פי סעיף זה, אף אם טרם חלפה התקופה כאמור, ובלבד שהוגשה למבטח חו"ד מרופא מומחה שהצורך בטיפול הרפואי יש בו כדי למנוע מצב של נכות קבועה.
 4. מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 בחוזר המפקח 2013-1-5 לתקופה העולה על 6 חודשים.
- יובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות קבועה או זכאות וטיפול סיעודי מהמוסד

לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, וקביעה זו מצביעה כי המבטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, תחייב קביעה זו את המבטח לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעתו של המוסד לביטוח לאומי לגבי אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

הגדרות המחלות: סרטן, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, התקף לב חריף, פרקינסון, תשישות נפש ונכות תמיתה, נוסחו באופן שמיטב עם המבטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2003/16".

חבות המבטח

.4

4.1 תגמולי הביטוח

4.1.1 בנוסף לזכאותו של המבטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ולאחר שמוצתה זכאותו של המבטח על פי כל פרק או רובד ביטוחי אותו רכש המבטח, ישפה המבטח את המבטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 50,000 ₪, עבור הוצאות רפואיות כמפורט בסעיף 1 בפרק זה שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

4.1.2 מובהר כי אם המבטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, יהיה המבטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.1.1, לפי העניין, בכל תקופת הביטוח.

חריגים

.5

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבטח.

פרק ד' – ניתוחים בחו"ל ומחליפי ניתוח בחו"ל

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1. **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. תקרת הכיסוי- עד 200% מתקרת ההוצאה בגין פרוצדורה זהה בארץ.
- 1.3. הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח: בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז עד סכום הביטוח המרבי
- 1.4. **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
- 1.4.1. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית בסך 60,000 ₪. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4.2. **כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז **לתקופה של 7 ימים** או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבוטח ומלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז כמפורט להלן:

המבטח יכסה הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ- 18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

המבטח יכסה הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח מלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד 800 ₪ ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ- 18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה עד 1,200 ₪ ליום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

1.4.3. **כיסוי להוצאות הטסת גופה: המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.**

1.4.4. **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח בסך 120,000 ₪.

2. חריגים מיוחדים לפרק זה:

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

- 2.1. ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.
- 2.2. טיפולי כימותרפיה, רדיותרפיה, ריפוי בעיסוק או דיאליזה.
- 2.3. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שהינם רפואה משלימה וטיפולים פארא רפואיים.
- 2.4. הזלפות והזרקות לעור או לתת עור. מובהר כי הזרקות לעיניים, לעמוד השדרה או לאיברים פנימיים לא יכללו במסגרת חריג זה.

רובד וולונטארי

פרק ה' - ביטוח לניתוחים

טיפולים מחליפי ניתוח בישראל - אחידה

1. הגדרות

"בית חולים פרטי" – אחד מאלה:

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

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

"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;

"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;

"מרפאה כירורגית פרטית" – מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות הממשלה, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

"ניתוח" – פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

"קופת חולים" – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994;

"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;

"שתל" – כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטאלי;

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

.2 מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

.3 הכיסוי הביטוחי

3.1 פוליסת ניתוחים בישראל תכלול כיסוי למלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

(1) שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

(2) שכר מנתח;

(3) ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

(4) טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3.2 במקרה בו למבטח יש הסדר עם ספק שירות לעניין הליך מסוים המכוסה בפרק זה, ופנה המבוטח לספק שאינו ספק שבהסדר עם המבטח, יהיה המבוטח זכאי להחזר הוצאות בעד ביצוע אותו הליך באמצעות ספק שירות שלמבטח אין הסדר עמו.

סכום ההחזר לא יעלה על הסכום המרבי שהיה משלם המבטח לספק שירות בעד אותו הליך אילו היה מבוצע באמצעות ספק שירות שלמבטח יש הסדר עמו.

.4 תקופת אכשרה

(א) תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

.5 חריגים לכיסוי

פוליסת ניתוחים תחריג מכיסוי את המקרים האלה:

- (1) מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;
- (2) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- (3) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
- (א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- (ב) ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- (4) ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- (5) השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, עליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- (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;
- (7) מקרה ביטוח שאירע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- (8) מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונאלי או זיהום רדיואקטיבי;
- (9) מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

פרק ו' - שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א' תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצד:

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.
- 1.2 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצות, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה –אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I) מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות לצורך מניעה, בדיקות גנטיות, ובדיקות אונקוגנטיות, לרבות לצורך התאמת טיפול למצבו הרפואי והפרופיל הגנטי של המבוטח, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצעם בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות סקר תקופתיות שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא.**
- 1.4 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטאליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י, אך לא רק, פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.5 **טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** כל פרוצדורה רפואית בכל טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות במועד ביצוען ובין אם

לאו, בין אם מוכרות ומבוצעות רק בחו"ל, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, מניעה, טיפול, ריפוי, של מחלה או פגיעה או בסימפטומים של מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע טיפול רפואי המפורט בסעיפים 4-14 במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים המצוינים בכל סעיף, לפי העניין.

3. תגמולי הביטוח

3.1 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות אשר בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות, יישא המבטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.

3.2 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות המוכר ע"י השב"ן, והשב"ן השתתף בעלות הטיפול, יישא המבטח בשיעור של 80% מההפרש שבין הסכום ששולם עבור הטיפול לבין סכום השתתפות השב"ן, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

3.3 אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שלא בהסכם עם השב"ן ו/או לא מוכר ע"י השב"ן, יישא המבטח בשיעור 60% מהסכום ששולם לנותן השירות, ולא יותר מהסכום המרבי הנקוב לצד כל טיפול המכוסה על פי פרק זה.

רשימת הטיפולים המכוסים

4. אביזרים רפואיים

4.1 המבטח ישתתף בעלות רכישת אביזרים רפואיים שנרכשו במהלך תקופת הביטוח על פי המלצה בכתב מאת רופא מומחה, עד לתקרה של 4,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. במקרה של צורך ברכישת אביזר רפואי לאחר ביצוע ניתוח, ולא יאוחר מ-6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, המבטח ישתתף בעלות עד לתקרה של 10,000 ₪.

4.2 לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.

4.2.1 לא יכוסו משקפיים או עדשות. במקרה של קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, ו/או אסטיגמטיזם מעל 7 יכוסו העדשות בלבד. כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

4.2.2 לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ריאומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים, כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעלי אפוס. מובהר, כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ₪ בכל פעם.

תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-31.12.2017).

5. מנוי למשדר קרדילוגי

המבטח ישפה את המבוטח עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדילוגי, עקב אירוע רפואי כמפורט להלן, שאירע או אובחן במבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 180 ₪ לכל חודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.

- 5.1 המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים טרם רכש מנוי לשירות.
- 5.2 אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או השתלת לב.
- 5.3 המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו על פי חוות דעת של רופא מומחה מטעם המבוטח.

תקופת אכשרה לעניין סעיף זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-31.12.2017).

6. מרפאת מומחים

6.1 התייעצות עם רופא מומחה

- 6.1.1 מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית (רופא משפחה וילדים) ומעקב הריון. יובהר כי הכיסוי יינתן במקרה והרופא אינו הרופא המטפל באופן שוטף במבוטח.
- 6.1.2 עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבוטח להשתתפות המבוטח עד 800 ₪ לכל התייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 6.1.3 המבוטח יהיה זכאי לעד 4 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.
- 6.1.4 מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לו זכאי המבוטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.

6.2 חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 6.2.1 המבוטח ישתתף בעלות בגין התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, שבוצעה במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום של 7,200 ₪, פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
- 6.2.2 תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
- 6.2.3 במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
- 6.2.4 יובהר, כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות, איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
- 6.2.5 חבות המבוטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור. אם לא ניתן אישור מראש כאמור, יופחת סכום תגמולי הביטוח עד לסכום לו הייתה נמסרת הודעה מראש.

תקופת אכשרה לסעיף 6 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-31.12.2017).

7. שירותים שיקומיים

7.1 התייעצות עם רופא שיקומי

המבטח ישתתף בעלות התייעצות שיקומית שניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י מומחה שיקומי לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, ועד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות פעם אחת בכל שנת ביטוח.

7.2 שיקום דיבור וראיה (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות עבור טיפולים לשיקום הדיבור ו/או הראיה, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, ועד לסכום של 180 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

7.3 התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות עבור התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, ועד לסכום של 250 ₪ לכל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים.

7.4 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)

המבטח ישתתף בעלות טיפול פיזיותרפי / הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו. על פי סעיף זה לא יכוסו אבחונים או טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה. כמו כן, מבטח הזכאי לטיפולים על פי סעיף 12 להלן לא יהיה זכאי לשירותים הקבועים בס"ק 7.2-7.4 שלעיל. תקופת אכשרה לסעיף 7 רבתי הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב-31.12.2017).

8. בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות

8.1 בדיקות לנשים בהריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בעלות עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד לסכום של 4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,000 ₪ לכל הריון.

8.2 בדיקות גנטיות

המבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, לשלילת מומים מולדים. הזכאות הינה בגין בדיקה אשר המבוטח/ת אינו זכאי לה במסגרת סל הבריאות הממלכתי. הזכאות הינה בשיעור של 80% ועד ל-1,250 ₪ לכל מבוטח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

8.3 טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

מבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפולי פוריות ו/או הפריה שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח, עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית, עבור הולדת ילד ראשון, ו/או שני, ועד לסכום של 20,000 ₪ לכל ניסיון להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק). למען הסר ספק, הכיסוי יינתן גם עבור טיפולים שיבוצעו בחו"ל בנסיבות בהן לא ניתן לבצע את הטיפול בישראל, או סיכויי הצלחת הטיפול בחו"ל גבוהים

- מביצועו בישראל, או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול בישראל עלול לפגוע בסיכוי הצלחת הטיפול. המבוטח/ת יהיה זכאי לטיפול אחד בחו"ל בכל תקופת הביטוח.
- 8.4 ניתוח לצורך פריון והפריה**
המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע הליך כירורגי לצורך פריון והפריה, שבוצע בגופו של המבוטח.
- 8.5 מעקב הריון**
מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח בעלות עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון, ועד לסכום של 400 ₪ לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.
- 8.6 שמירת הריון באשפוז**
מבוטחת שאושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופת אשפוז רציפה העולה על 14 ימים, תהיה זכאית לפיצוי בסכום של 100 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז ה-14. בכל מקרה, סכום הפיצוי כאמור בסעיף זה לא יעלה על 5,000 ₪ לכל הריון.
- 8.7 אם פונדקאית**
יובהר כי הזכאות על פי סעיף 8 - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, תחול גם לגבי אם פונדקאית.
- 8.8 חריג לסעיף זה**
מבוטח שהינו ילדו/ביתו של חבר, אינו/ה זכאית לתגמולי ביטוח על פי פרק זה. תקופת אכשרה לסעיף 8 רבתי הינה 9 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקודם).
- 9. כיסוי מיוחד לילדים**
- 9.1 פיצוי בגין היעדרות מלימודים**
מבוטח שנעדר מלימודיו בבית ספר (יסודי ועד תיכון) כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).
- 9.2 בעיות הרטבה לילדים**
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5, שניתנו במהלך תקופת הביטוח, עד לסכום מרבי של 700 ₪ לטיפול.
- 9.3 אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה**
- 9.3.1 מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור הוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדומת TOVA, BRC, ועד לסכום של 1,800 ₪. הזכאות היא פעם אחת לכל תקופת ביטוח.
- 9.3.2 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית, ועד לסכום של 1,800 ₪.
- 9.4 טיפול בבעיות התפתחות בילדים**
המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בעלות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו אצל ילד עד גיל 18, ע"י מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד לסכום של 150 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף 9 רבתי הינה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב 31.12.2017).

10. יעוץ/טיפול פסיכולוגי

10.1 המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, עד 16 טיפולים לכל שנת ביטוח ועד 240 ₪ לכל טיפול.

10.2 יעוץ פסיכיאטרי

המבטח ישתתף בעלות עבור יעוץ/טיפול הניתן ע"י רופא פסיכיאטר במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 640 ₪, לכל פגישת יעוץ, ועד 4 פגישות בכל שנת ביטוח.
תקופת אכשרה לעניין סעיף 10 זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב31.12.2017).

11. בדיקות אבחוניות

11.1 המבטח יישא במלוא תגמולי הביטוח עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות. השתתפות עצמית בשיעור של 20% מעלות הבדיקה האבחונית, או 150 ₪ לכל בדיקה, לפי הגבוה מביניהם.

11.2 חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית או פתולוגית

11.2.1 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.

11.2.2 השתתפות המבטח הינה עד לסכום של 800 ₪ עבור כל התייעצות כאמור. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת אחרי ביצוע בדיקה אבחונית או פתולוגית.

11.2.3 חריגים:

11.2.3.1 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות לנשים בהריון ובדיקות גנטיות הקשורות בהריון.

**11.2.3.2 מובהר בזאת כי סעיף זה אינו כולל בדיקות סקר תקופתית ללא הפניה או המלצה מאת רופא אשר הנושא בתחום מומחיותו.
על פי סעיף זה לא תחול תקופת אכשרה.**

11.3 **רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי** - המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול ברפואה משלימה שבוצע בפועל במהלך תקופת הביטוח, ועד לסכום של 120 ₪ לטיפול או התייעצות. עבור טיפול ויעוץ ראשוני ברפואה משלימה מסוג הומיאופתיה, ישתתף המבטח בעלות של 240 ₪ (לטיפול או הייעוץ הראשון בלבד). המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

11.3.1 הומיאופתיה

11.3.2 אוקופונקטורה

11.3.3 כירופרקטיקה

11.3.4 אוסטיאופתיה

11.3.5 רפלקסולוגיה

11.3.6 שיאצו

11.3.7 ייעוץ דיאטטי

11.3.8 שיטת פלדנקרייז

- 11.3.9 ביו-פידבק
- 11.3.10 נטורופתיה
- 11.3.11 הרבולוגיה
- 11.3.12 שיטת פאולה
- 11.3.13 שיטת אלכסנדר
- 11.3.14 חדר מלח (במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור).
- 11.4 תנאי לחבות המבטח**
- קבלת שירותי רפואה משלימה אצל מטפל שלא במסגרת קופת חולים או הביטוח המשלים, כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.**
- 11.5 חריגים**
- 11.5.1 לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל, ו/או התחייבות לנותן שירות לטיפול עתידיים.
- 11.5.2 הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.
- תקופת אכשרה לסעיף 11 רבתי זה הינה 6 חודשים מיום תחילת ביטוח. תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים (שהיו מבוטחים בהסדר הביטוח הקודם שהסתיים ב31.12.2017).**
- 12. שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח**
- המבטח ישתתף בעלות עבור השירותים הרפואיים המפורטים להלן, לפני ו/או במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, כמפורט להלן:
- 12.1 חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים**
- המבטח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה, עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד לסכום של 2,500 ₪, פעם אחת בכל אשפוז.
- 12.2 שכר אח/אחות פרטית**
- 12.2.1 המבטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בבית"ח, עד לסכום של 550 ₪ לכל יום אשפוז, מהיום שלאחר יום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.
- 12.2.2 בנוסף, ישתתף המבטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים ועד לסכום של 200 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.
- 12.3 עלות שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל**
- המבטח יישא בעלות העברתו של המבוטח לבית החולים וממנו בקשר עם ביצוע הניתוח, לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום, או לפי התעריף הנהוג לגבי טיסות פנים ארציות בחברת תעופה סדירה.
- 12.4 טיפול שיקומי בעת אשפוז**
- 12.4.1 המבטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוז בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח, עד לסכום של 320 ₪ לכל יום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.

- 12.4.2 בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגינו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.
- 12.4.3 המבטח ישתתף בהוצאות ההחלמה ו/שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי, ועד לסכום הנקוב בטבלת ההחזרים לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשרה (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.
- 12.5 טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום לאחר ניתוח**
- 12.5.1 המבטח ישתתף בעלות עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח במהלך 6 חודשים מיום השחרור מבית החולים לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז, ועד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול ועד 20 טיפולים.
- 12.5.2 הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 12.5.3 יובהר כי מבוטח הזכאי לטיפולים על פי סעיף זה לא יהיה זכאי לטיפולים פיזיותרפיים או שיקומיים לפי סעיף 7 בפרק זה.
- 12.6 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח**
- המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח, עבור כל חודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, ועד לסכום של 200 ₪ לחודש.
- 12.7 סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח**
- בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה-A.D.L על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מבית החולים או בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בסכום של עד 200 ₪ לכל יום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי, ולתקופה מרבית בת 60 ימים שתחילתה במועד השחרור מבית החולים.
- 12.8 פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה**
- מבוטח שגילו נמוך מ-65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה של 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך של 250 ₪ עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.
- המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.**

נספח להסכם הביטוח הקבוצתי

כתב התחייבות של בעל הפוליסה ו/או המבוטח

בהתאם לתקנה 3 (א) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי),
- 2015

שם בעלי הפוליסה: אוניברסיטת חיפה – סגל מנהלי

ח.פ: _____

כתובת: _____

א. אני הח"מ, נציג בעל הפוליסה מורשה לחתום בשמו, מצהיר ומתחייב בזאת כי בעל הפוליסה פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

ב. במידה ודמי הביטוח ממומנים על ידי המוטב באופן חלקי או מלא: הנני מצהיר כי אושרה ותועדה הסכמת כל העובדים שיועברו בקובץ המבוטחים, לניכוי גילום המס משכרם עבור ההטבה בגין מימון ביטוח הבריאות ע"י בעל הפוליסה.

בעלי הפוליסה:

