

ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה ובני משפחתם



ספטמבר 2024

**תכנית הביטוח הייחודית לביטוח בריאות קבוצתי
לחברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) ובני משפחותיהם**

חברים יקרים,

האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) שמחה להציג בפניכם את תכנית ביטוח הבריאות הקבוצתית המחודשת אשר גובשה במיוחד עבור חברי העמותה ובני משפחותיהם.

התוכנית הינה מקיפה וכוללת, ונותנת מענה לבעיות בריאותיות, בעיות אשר קופות החולים נותנות להן מענה חלקי אם בכלל.

בבניית התוכנית הושקעו מאמצים רבים על מנת שתכלול מענה ביטוחי נכון והולם עבורנו. התוכנית נבנתה בשיתוף של האגודה, חברת יועצים חיצונית "ווי.די.בי יועצים" וסוכנות הביטוח נאווה ויקלמן – סוכנות לביטוח (2010) בע"מ. הפניקס נבחרה להיות החברה המבטחת.

לשם קבלת טיפול ושירות אישי ומקצועי מהיר ולמימוש מלוא הזכויות בביטוח, יש לפנות אל סוכנות הביטוח שלנו. את הפוליסה מלווה בצד הסוכנות חברת היועצים, אליהם ניתן לפנות ניתן לפנות בכל מקרה של אי הסכמה לגבי דחיית תביעה, הבהרות להסכם, וכל נושא הקשור בפוליסה.

פרטי הסוכנות והיועצים נמצאים בסוף החוברת.

בחוברת זו תמצאו מידע שימושי על התוכנית, תנאי התוכנית המלאים והנחיות כיצד למצות את מלוא הזכויות הקיימות בתוכנית.

שלכם בברכת בריאות טובה,

הנהלת האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר)

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
20	פרק תנאים כלליים
42	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
47	פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
52	פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
56	פרק 4- ניתוחים בישראל מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית מסלול חלופי שקל ראשון עם השתתפות עצמית 5,000 ₪ , במידה ונרכש כיסוי שב"ן ובעת התביעה אין למבוטח שב"ן.
65	פרק 5- שירותים רפואיים אמבולטוריים
85	דף רשימה
86	פרטי הסוכנות
87	פרטי חברת היועצים

תמצית תנאי הביטוח – חברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר)

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר)
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל: מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית שירותים רפואיים
תקופת הביטוח	1.9.2024 ועד 31.8.2029 (5 שנים) . (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק 4 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית פרק 5 - שירותים רפואיים אמבולטוריים 5.1 יעוץ ובדיקות 5.2 טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה. 5.3 התפתחות הילד 5.4 רפואה משלימה 5.5 טיפול פסיכולוגי 5.6 רופא עד הבית 5.7 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים 5.8 טיפולי פיזיותרפיה
גובה הפיצוי הכספי שאקבל	פרק השתלות (ר' סע' 3.7) פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ר' סע' 3.6).

תמצית פרטי הפוליסה

הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)		כמפורט בס' 9 בפרק התנאים הכלליים, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתללות (ס' 5), תרופות (ס' 5), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ס' 5), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית (ס' 6), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪ (ס' 5), שירותים רפואיים אמבולטוריים- ייעוץ ובדיקות (ס' 6), טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה (ס' 4), התפתחות הילד (ס' 4), רפואה משלימה (ס' 4), טיפולים פסיכולוגיים (ס' 5), ביקור רופא (ס' 3), טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים (ס' 4), טיפולי פיזיותרפיה (ס' 4).		
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹		קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.		
השתתפות עצמית		קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.		
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים		שם הכיסוי	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים
		השתללות ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל		+
		תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות		+
		ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	+	
		ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל		+
		שירותים רפואיים אמבולטוריים		+

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח	המבוטח (גילאים)	חבילת כיסויים מסלול שב"ן
	0-25	52
	25-40	159
	41-45	220
	46-50	257
	51-60	320
	61-65	370
	+66	490
* החל מילד שלישי (עד גיל 25) ללא עלות. ילד בוגר – מגיל 25 יובהר כי בצירוף בני משפחה מקרבה שניה – כל נכד משלם. במידה וקיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם (ילד עד גיל 25)- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול (רובד בסיס ורובד הרחבה ייחשבו כל אחד כמסלול נפרד בפוליסה בהם קיימים 2 רבדים). ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה. הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25)עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם. הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 14116 נק' שפורסם ביום 15.8.2024 ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- <u>כנס למחשבון</u> מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.		

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק 1 - השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שאינו שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7. ועד תקרה של 5,000,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
השתלות איברים שנקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים כמפורט בסעיף 1.1.2.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 3,000,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי	ס' 3.2: השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. כמפורט בסעיף 1.1.3.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 150,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
טיפול מיוחד מחוץ לישראל	ס' 3.3 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
	ס' 3.4 : ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7 ועד 1,000,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות קציר האיבר, שימורו והעברתו	ס' 3.5.1: ביצוע פעילות רפואית לקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.	שיפוי מלא, ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות אשפוז מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות עבור אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; ועד 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח	ס' 3.5.3: הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה/ הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל	ס' 3.5.4: הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבטוח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבטוח הוא קטין.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.5.5: הוצאות נסיעה יבשתיות של המבטוח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות הטסת גופת המבטוח לישראל	ס' 3.5.6: הטסת גופת המבטוח אם המבטוח נפטר חו"ל בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך השתלה/טיפול מיוחד בחו"ל.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות עבור מיסים	ס' 3.5.7: הוצאות עבור מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות לאיתור תרומת מח עצם	ס' 3.6.1: הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם/ תאי גזע מדם טבורי/ דם פריפרי הנדרשים להשתלה. ורישום במאגרים מחוץ לישראל.	עד לתקרה של 300,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל (EVALUATION)	ס' 3.6.2: הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל למבוטח ומלווה אחד לצורך בדיקות.	עד לתקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל	ס' 3.6.3: הוצאות עבור טיפולים רפואיים מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיפולי דיאליזה.	עד לתקרה של 250,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות הטסה רפואית	ס' 3.6.4: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות שהייה מחוץ לישראל	ס' 3.6.5: הוצאות שהייה ליום למבוטח ומלווה או למבוטח קטין ושני מלווים בעת השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד, ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח קטין ושני מלווים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות טיפולי המשך	ס' 3.6.6: הוצאות לטיפול המשך הנובעים מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל בתוך 12 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.	עד 200,000 ₪ להשתלה או עד 150,000 ₪ לטיפול מיוחד מחוץ לישראל. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	ס' 3.6.7: הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל.	עד תקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
קצבה חודשית למועמד להשתלה	ס' 3.7.1: גמלה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו. גמלה חודשית למועמד להשתלה אם שהה באשפוז בבית חולים	4,500 ₪ לחודש 2,000 ₪ לחודש עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	ס' 3.7.2: גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע ההשתלה למעט השתלת מח עצם עצמית.	5,500 ₪ לחודש. ועד 24 חודשים ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה
	השתלה שבוצעה מחוץ לישראל, בלא השתתפות המבטח, למעט השתלת מח עצם עצמית. פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.		90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 2.1: 1. 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 2. 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 3. 2.1.3 תרופה OFF LABEL. 4. 2.1.4 תרופת יתום. 5. 2.1.5 תרופה מיוחדת.	ס' 2.1.1 עד ס' 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ לתקופת הבטוח. ס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ לתקופת ביטוח, ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	ס' 2.1.1 עד ס' 2.1.4 - 300 ₪ למרשם לחודש. ס' 2.1.5 - 500 ₪ למרשם לחודש. בכל המקרים, לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לא תחול השתתפות עצמית
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	ס' 3.1.3: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 250 ₪ למקרה ביטוח. ועד 60 יום.		-
בדיקה גנטית להתאמת טיפול תרופתי למחלת הסרטן	ס' 2.2: ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.		20%

פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח מחוץ לישראל	ס' 3.1-3.2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 3.1-3.3: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.3	בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.		
מנתח/מרדים	ס' 3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או מחליף הניתוח	כיסוי מלא בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות בית חולים מחוץ לישראל	ס' 3.4.2 כולל הוצאות רפואיות כולל הוצאות אשפוז עד 40 יום. שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות וכ"ו.			
עלות הטסת גופת המבוטח	ס' 3.4.3: עלות הטסת גופה אם נפטר המבוטח בעת שהות מחוץ לישראל לצורך ניתוח			
הוצאות טיסה לניתוח מורכב	ס' 3.4.4: טיסה במחלקת תיירים למבוט ומלווה, במקרה של מבוטח קטין, למבוטח ולשני מלווים			
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.4.5: נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו			
הוצאות מיסים והיטלים	ס' 3.4.6: הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ			

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה בישראל	ס' 3.5.1: הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל.	עד 1,200 ₪ לכל התייעצות בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות התייעצויות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל.	עד 4,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הטסה רפואית	ס' 3.5.3: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות הבאת מומחה מחוץ לארץ	ס' 3.5.4: הוצאות הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות עלות שתל	ס' 3.5.5: הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך הניתוח.	עד 60,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח) שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים (לפחות)	ס' 3.5.6: ס' 3.5.6.1 - הוצאת שכירת שירותי אחות פרטית. ס' 3.5.6.2 - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב.	עד 650 ₪ ליום, עד 8 ימים. ובתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד. ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ול- 2 מלווים לתקופה מרבית של 30 ימים.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6.3 - הוצאות טיפולי פציעות, רפואה, רפיון בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל. שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
	ס' 3.5.6.4 - הוצאות למוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח מורכב, בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב, בהמלצת רופא מומחה.	עד 400 ₪ לכל יום ועד 10 ימים רצופים.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-
	ס' 3.5.6.5 - הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.	עד 100,000 ₪.	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	20%
פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	ס' 3.6: פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪ אם נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח.	-	90 יום למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה	-

פרק 4 מסלול - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ללא השתתפות עצמית במידה ולמבוטח אין שב"ן בעת תביעה, קיים מסלול חלופי ניתוחים שקל ראשון בהשתתפות עצמית – 5000 ₪			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם ; 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (800 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד ;	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים ; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם ; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	
הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכויותיך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.			

פרק 5 - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.1 יעוץ ובדיקות				
פרק א' - רופא מומחה	ס' 4.1: התייעצות עם רופא מומחה בישראל, פרונטלי או און ליין בישראל. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים, מעקב נטילת תרופות, מתן חוז"ד משפטית, וקביעת אחוזי נכות. (רופא פסיכיאטר תכוסה - התייעצות אחת מתוך המכסה).	עד 1,400 ₪ להתייעצות. עד 2 התייעצויות לשנה קלנדרית.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.1: בדיקות אולטרסאונד לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו (לב).	עד 750 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
פרק ב' - בדיקות אבחנתיות ומניעה תקרה לכלל הבדיקות 7,000 ₪	ס' 4.2.1.2: בדיקות רנטגן, (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית).	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.3: הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת, CT (למעט PET CT).	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.4: הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בדיקת MRT ובדיקת PET CT	עד 4,000 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.5: בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית: EEG, NCV, EMG, NCT, א.ק.ג.	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.6: בדיקות מעבדה אבחנתיות: בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST).	עד 500 ₪ לבדיקה.	90 יום	20%
	ס' 4.2.1.7: בדיקה אבחנתית שאינה מופיעה בסעיפים 4.2.1.1-4.2.1.6 הנדרשת עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.	עד 3,000 ₪	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
בדיקות סקר ומניעה תק' המתנה 12 חודשים	ס' 4.2.3: אבחון וייעוץ גנטי למחלות תורשתיות/ גילוי גנים סרטניים.	עד 3,400 ₪ לכל בדיקת אבחון ועד 2 בדיקות אבחון בלבד בכל תקופות הביטוח.	-	20%
פרק ג' – שירותים בגין הריון ולאחר לידה – תקרה לפרק זה למעט טיפולי פריון – 4,000 ₪				
בדיקות טרום הריון	ס' 4.3.1: בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון. לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון.	אבחון גנטי – עד 1,000 ₪	6 חודשים	20%
בדיקות במהלך הריון ס' 4.3.2	ס' 4.3.2.1: סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר	ס' 4.3.2.4 – עד 2,500 ₪ ועד תקרה כוללת של 4,000 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.3.2.2: שקיפות עורפית			
	ס' 4.3.2.3: בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי)			
	ס' 4.3.2.4: בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("צ'יפ גנטי")			
	ס' 4.3.2.5: בדיקת NIPT			
	ס' 4.3.2.6: סיסי שלייה			
הפריה חוץ גופית	ס' 4.3.3: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון בארץ או בחו"ל. בהמלצת רופא פריין	עד 12,000 ₪ לכל הליך ומקסימום עד שני הליכים לכל ילד (ועד 2 ילדים), בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.2 - טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה				
חוות דעת שנייה מחו"ל	ס' 3.1: חוות דעת שנייה מחו"ל, לאחר שהמבוטח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלת הסרטן.	2,000 ₪ לכל חוות דעת.	90 יום	20%
טיפולים אונקולוגיים	ס' 3.2: בדיקות וטיפולים אונקולוגיים.	עד 17,200 ₪ לכל שנת ביטוח	90 יום	20%
אח/ות פרטית	ס' 3.3: השכרת שירותי אח/ות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו.	עד 900 ₪ ליום, ועד 14 יום.	90 יום	20%
אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה	ס' 3.4: אשפוז שלא כתוצאה מניתוח אלא ממחלה או תאונה.	עד 350 ₪ ליום. מהיום הרביעי ועד 10 ימים סה"כ לכל מקרה ביטוח.	90 יום	-
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	ס' 3.5: השתתפות בעלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום והפרעות נשימה. בהפניית רופא מומחה בכתב בלבד.	4,800 ₪ לתקופת ביטוח.	90 יום	25%
5.3 - התפתחות הילד תקרה כוללת לכלל הכיסויים בתת פרק זה הינה - 3,000 ₪.				
טיפול בבעיות התפתחות הילד (2-16)	ס' 3.1: אבחון וייעוץ דידיקטי ופסיכו דידיקטי	עד 400 ₪ לכל אבחון דידיקטי. עד 1,000 ₪ לכל אבחון פסיכו דידיקטי	90 יום	20%
	ס' 3.2: אבחון וייעוץ להפרעות קשב וריכוז – מבחן TOVA ו/או MOXO או BRC	עד 400 ₪ לכל אבחון. לאבחון BRC – 500 ₪	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	ס' 3.3: טיפולים בהתפתחות הילד: קלינאי תקשורת מרפא בעיסוק פתוח כישורים התפתחותיים/רגשיים	120 ₪ לטיפול 120 ₪ לטיפול 120 ₪ לטיפול	90 יום	20%
5.4 - רפואה משלימה				
רפואה משלימה	טיפול רפואה משלימה על פי המפורט בפוליסה	עד 205 ₪ לטיפול ועד 24 טיפולים בשנת ביטוח.	90 יום	30%
5.5 - טיפולים פסיכולוגיים				
טיפולים פסיכולוגיים	החזר בגין טיפולים פסיכולוגיים אשר נתנו בפועל למבוטח.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 24 טיפולים בשנת ביטוח.	90 יום	20%
5.6 - ביקור רופא				
ביקור רופא	החזר בגין ביקור רופא בביתו של המבוטח בין השעות 20:00 בערב ל - 6:00 בבוקר	עד 150 ₪ לביקור.	-	25%
5.7 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים				
אביזרים רפואיים	ס' 2.1: פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, משאבת אינסולין, וסד גבס קל מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ.	עד 2,750 ₪ לתקופת ביטוח.	90 יום	20%
משדר קרדילוגי	ס' 2.2: מני למשדר קרדילוגי לרבות שכירת או רכישת משדר.	עד 150 ₪ לחודש ועד 12 חודשים למקרה ביטוח.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.8 - טיפולי פיזיותרפיה				
טיפול פיזיותרפיה	ס' 3 : עד 18 טיפולים לשנת ביטוח בכפוף להפניית רופא מומחה ומטפל מוסמך.	עד 180 ₪ לטיפול.	90 יום	20%

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

פוליסת בריאות קבוצתית לחברי האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר) ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

- 1. מבוא:**
- 1.1 תמורת תשלום פרמיה כמפורט בפוליסה, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות כמפורט בפוליסה, במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים, הגבולות, החריגים והסייגים המפורטים בפוליסה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים.
- התנאים הכלליים יחולו על כל פרקי הפוליסה (למעט כתבי השירות).
- 1.2 פרשנות:**
- 1.2.1 כותרות הסעיפים בתנאים כלליים אלה ובכל פרקי הפוליסה, הינן לצרכי נוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות הפוליסה. תוכן הסעיפים הוא הקובע.
- 1.2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.
- 1.2.3 מובהר, כי במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים של הפוליסה (פרק זה) לבין הוראות איה מהפרקים בפוליסה, יחולו הוראות אותו פרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרקים/תתי פרקים השונים בפוליסה, יחולו הוראות הפרק רלוונטי למקרה הביטוח.

- 2. הגדרות:**
- בפוליסה, בדף פרטי הביטוח ובכל פרק המצורף אליה, יתפרשו המונחים הבאים כלהלן, בכפוף לסעיף הפרשנות בתנאים אלה:
- 2.1 **הפוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה ובין המבטח המפרט את זכויותיהם וחיוביהם של המבטח והמבוטחים הכולל את המסמכים שלהלן: התנאים הכלליים לפוליסה, דף פרטי ביטוח וחבילת כיסויים הכוללת את הפרקים הבאים:
- פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל**
פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
פרק 3 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל.
פרק 4 - ניתוחים בישראל:
מסלול משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.
מסלול חלופי - כיסוי משקל ראשון עם השתתפות עצמית 5000 ₪.
במידה ונרכש כיסוי שב"ן ואין למבוטח שב"ן בעת התביעה.
פרק 5 - שירותים רפואיים אמבולטוריים
5.1 יעוץ ובדיקות
5.2 טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה.
5.3 התפתחות הילד
5.4 רפואה משלימה

5.5 טיפול פסיכולוגי

5.6 רופא עד הבית

5.7 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

5.8 טיפולי פיזיותרפיה

2.2 **המבטח/החברה:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

2.3 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והנו: תאגיד לגבי חבריו ובני משפחותיהם

2.4 **שם העמותה (בעל הפוליסה): האגודה הישראלית לדיפלומטיה (ע"ר)**

2.5 **המבוטח:**

חברי בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם.

2.6 **חבר:** מי שהנו רשום אצל בעל הפוליסה כנמנה על חבריה.

2.7 **מבוטח קיים:** חבר שנכלל בפוליסה הקודמת, ו/או בני משפחה שהיו מבטחים בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.8 **מבוטח חדש:** חבר חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה חבר אצל בעל הפוליסה, ו/או בני משפחתו ושלא נכלל בפוליסה הקודמת לפני המועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. יובהר, כי במקרה בו חבר ביקש להצטרף לפוליסה בהתאם לתנאיה ובשל השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של בעל הפוליסה הוא לא צורף לפוליסה, החברה תסכים לצרפו לביטוח בכפוף להצגת טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים רלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שהניכוי מבוצע באמצעות שכרו.

2.9 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבוטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח הפוליסה הקודמת או פוליסה זו, לפי העניין, והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.

2.10 **ילד:** ילד של חבר המבוטח או ילד של בן/בת זוגו של החבר המבוטח אשר טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, חבר/ בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כ"ילד" לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**

2.11 **ילד בוגר:** ילד של חבר המבוטח או ילד של בן/בת זוג של החבר המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, חבר/בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כילד בוגר לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**

- 2.12 **תינוק:** ילד שנולד/אומץ במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר אחד מהם מבוטח במסגרת פוליסה זו במשך 12 חודשים רצופים לפחות טרם מועד לידתו/אימוצו החוקי, יצורף לביטוח בכפוף להגשת טופס הצטרפות בכתב למבטח ולקיום יתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו. יובהר, כי ההצטרפות לביטוח תהיה ממועד קבלת טופס ההצטרפות.
- 2.13 **בן זוג:** בן/בת זוג של חבר מבוטח שהינו אחד מאלה: רשום כנשוי לו/לה במרשם האוכלוסין בישראל, "ידועה בציבור" בכפוף להוראות כל דין ובלבד שהוצגה אסמכתא לכך כגון: הסכם חיים משותפים, הסכם ממון, רישום בביטוח לאומי, תעודת זוגיות, תעודת חיים משותפים, תעודת חופה וזוגיות. אם אין אסמכתא כאמור, יש להציג תצהיר משותף של החבר המבוטח והידועה/בציבור לפיו הם מצהירים על חייהם המשותפים, מאומת ע"י עורך דין.
- 2.14 **בני משפחה מקרבה שנייה (דור ב'): חתן / כלה / נכדים של חבר.**
- 2.15 **פוליסה קודמת:** הפוליסה הקבוצתית של בעל הפוליסה אצל המבטח שתוקפה פג עם כניסתה לתוקף של פוליסה זו.
- 2.16 **דף הרשימה:** מסמך המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת פוליסת הביטוח הקבוצתי, מדד, שיעור הפרמיה וכיו"ב).
- 2.17 **דף פרטי הביטוח (כתב כיסוי):** מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה והכולל, בין השאר, את הפרטים הבאים: מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם המבטח/ים, תאריך תחילת הביטוח של המבוטחים ותקופתו, סכום דמי הביטוח, פירוט התכניות מספר הפוליסה וכיוצ"ב.
- 2.18 **תאריך/יום / מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח", ולמבוטחים חוזרים – מועד הצטרפות המבוטח מחדש לפוליסה זו, בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
- 2.19 **המועד הקובע:** 1.9.2024.
- 2.20 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח.
- 2.21 **שנה קלנדרית:** תקופה של 12 חודשים רצופים המתחילה ביום ה-1 בינואר ומסתיימת ביום ה-31 בדצמבר לאותה השנה.
- 2.22 **תקופת אכשרה:** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה כאמור. **החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע**

- בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאנינו מכוסה.**
- 2.23 **תקופת המתנה :** תקופה רצופה, הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה לפי תנאי הפוליסה, ואשר **במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
- 2.24 **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח:** הסכום שישלם המבטח על פי הפוליסה, בקרות מקרה הביטוח למבטח. **סכומי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.**
- 2.25 **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל ירקות ופירות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.26 **המדד היסודי/המדד הקובע:** המדד שפורסם ביום 15.8.2024 **14116 נק'.** (במועד תחילת ההסכם).
- 2.27 **פרמיה/דמי הביטוח:** התשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה. דמי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.
- 2.28 **דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.29 **גיל/גיל ביטוחי:** גיל המבטח יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבטח לבין המועד בו המבטח הצטרף לפוליסה. במקרה בו קיים הפרש של שישה חודשים ומעלה יעוגל גיל המבטח כלפי מעלה (להלן: "גיל ביטוחי"). חרף האמור לעיל, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח בלבד, תקבע זכאותו של המבטח על פי תנאי הפוליסה לפי גילו הכרונולוגי, מקום בו גילו הכרונולוגי קטן מהגיל הביטוחי.
- 2.30 **תאריך לידה:** תאריך לידתו של המבטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.31 **חוק חוזה הביטוח:** חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.32 **ההסדר התחיקתי:** חוק חוזה הביטוח, הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009, חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, וכן התקנות, הצווים והוראות הממונה מכוח חוקים אלה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבטח, המוטב והמבטח.
- 2.33 **ישראל:** מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.34 **חו"ל:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.35 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**

- 2.36 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבוטח למבוטח הינם בעבור הוצאות ששילם המבוטח בפועל, שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה. **סכום ההשתתפות העצמית צמוד למדד היסודי בפוליסה.**
- 2.37 **הממונה:** הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
- 2.38 **תאונה:** חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי אלים ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. **למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות (מיקרו-טראומה) לא יחשבו כ"תאונה".**
- 2.39 **בית חולים:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות כבית חולים, המורשה לבצע את השירות הרפואי המכוסה תחת הפוליסה.
- 2.40 **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 בישראל אישרו לאותו בית חולים לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 2.41 **מוסד/בית החלמה:** מוסד בישראל המיועד לאחר ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל, לזקוקים להחלמה ובתנאי שקיימת בו השגחה רפואית לשהים בו.
- 2.42 **אשפוז:** שהייה בבית חולים, למעט שהייה לצורך שיקום בבית חולים פרטי, **במוסד סיעודי, בית הבראה, בית החלמה או מוסד דומה.** הוצאות האשפוז יחושבו על פי תעריף האשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים שבהסכם עם המבוטח. הוצאות בגין האשפוז לא יכללו שירותים נוספים שקיבל המבוטח בתשלום במהלך האשפוז, לרבות אחות פרטית, שדרוג חדר אשפוז וכיו"ב.
- 2.43 **בדיקות הדמיה:** בדיקות אבחון להראיית איברים פנימיים של גוף האדם כגון רנטגן, אולטרה סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, מיפוי איזוטופים ובדיקות תהודה מגנטית.
- 2.44 **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.45 **המוטב:** יורשו החוקיים של המבוטח או מי שקבע המבוטח כזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות.
- 2.46 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים

- 2.47 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או מחוץ לישראל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, אשר הסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.48 **רופא מנתח/מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או מחוץ לישראל לבצע ניתוח, שהסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל..
- 2.49 **נותן שירות שבהסכם:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר הקשור או שיתקשר עם המבטח בהסכם לטובת מתן שירות למבוטחים, ובלבד שהיה קשור עם המבטח בהסכם במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה.
- 2.50 **נותן שירות אחר:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.51 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירית (Invasive Procedure) 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, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 2.52 **זריקה/ הזלפה/ עירוי (מתן תור ורידי):** טיפול רפואי פולשני-חדירי (Invasive Procedure) החודר דרך רקמות ומטרתו עיקרו ומהותו מתן טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה. **טיפול תרופתי העונה להגדרה זו לא ייחשב כניתוח.**
- 2.53 **שירות רפואי:** שירות שעיקרו ומהותו סיוע בנטילת התרופה בפועל ואשר ניתן על ידי רופא/אח/אחות.
- 2.54 **מטרות אסתטיקה /קוסמטיקה:** טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה שאינו עקב צורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או קוסמטיקה, לרבות העלמת קמטים (ובכלל זה טיפולי בוטוקס ו/או חומצה היאלרונית או דומיהם) ו/או הסרת שיער ו/או השתלת שיער ו/או פילינג ו/או אנטי אייג'ינג (ANTI AGEING) ו/או ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ובלבד שלמבוטח יחס BMI הנמוך מ-36 וכן טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה למטרת תיקון קוצר ו/או רוחק ראייה.
- 2.55 **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 לתכנית ביטוח הנכללת בפוליסה.
- 2.56 **מקרה הביטוח:** נסיבות שבהתקיימותן זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, כמפורט בפוליסה ובכפוף לתנאים לחריגים ולסייגים המפורטים בה.
- 2.57 **שתל:** כל אביר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת

הפוליסה (כגון: עדשה, פרק ירך, תומך ווסקולארי, קוצב לב וכו'), למעט תותבת שניים ושתל דנטאלי.

2.58 **אביזר רפואי:** מכשיר אשר מזקק לו המבוטח בעקבות מקרה הביטוח, על פי הפניה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואשר נכלל בפנקס אמ"ר (אביזרים, מכשירים רפואיים) המפורסם על ידי משרד הבריאות.

2.59 **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:

1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.

השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

2.60 **טיפול מיוחד בחו"ל:**

טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו שניים מהתנאים הבאים לפחות:

1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.
2. הטיפול המיוחד חיוני להצלחת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או תגרום לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

2.61 **ויטמינים:** תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.

2.62 **תוספי/תכשירי מזון רפואי:** תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.

2.63 **הטסה רפואית:** הטסה בסידורי טיסה מיוחדים, מקום בו המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל בתנאי נוסע רגיל במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה.

3. **הצהרת בעל הפוליסה:**

בעל הפוליסה מצהיר, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת

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

אופן הצטרפות לביטוח:

4.

4.1 מבטחים קיימים

מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקודמת אצל המבטח לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא ספירה מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי). **מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם חריגים רפואיים אישיים יועברו באותם תנאים והחריגים כאמור, יחולו גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות לפוליסה החדשה.**

4.2 מבטחים חדשים:

- החל מהמועד הקובע מבטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי **המועד המאוחר** מבין המועדים הבאים:
- (1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
 - (2) היום בו נקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
 - (3) הראשון בחודש החדש העוקב למועד בו ניתן הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
 - (4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

- 4.3 כאשר מבוטח נדרש לפי תנאי הפוליסה לשלם את אחד הרכיבים הבאים:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 11ד(ג) לחוק עובדים זרים;
 - (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;
- לא יהיה ניתן לצרפו לאותו ביטוח, אלא אם מילא טופס הצטרפות בכתב המהווה את הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד/ דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה (בהתאם לתנאי הפוליסה).
- במקרה בו המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח יהיה רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו במסגרת טופס הצטרפות.

- סעיף 4.3 (הדרישה לקבלת טופס הצטרפות) לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה במצטבר:
- (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;
 - (2) חידוש הפוליסה נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

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

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

4.4 **מבוטחים חוזרים:** מבוטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן יזום יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

4.5 **תנאי הצטרפות:**

הצטרפות חבר ובני משפחתו: **חברים חדשים:**

חבר חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו (בן/ת זוג וילדים עד גיל 25) שהינו עובד של משרד החוץ, יוכלו להצטרף לביטוח החל ממועד תחילת עבודתו של החבר במשרד החוץ, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם הצטרפו לביטוח במהלך 120 הימים הראשונים ממועד תחילת עבודתו.

לאחר 120 ממועד תחילת עבודתו במשרד החוץ, תותנה הצטרפותם לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח.

חבר חדש אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו (בן/ת זוג וילדים עד גיל 25) **שאינו** עובד של משרד החוץ, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה של אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח או דחייה מקבלת אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח.

ילד בוגר של חבר חדש, בין אם הינו עובד משרד החוץ ובין שאינו עובד משרד החוץ, יוכל להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה של אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח או דחייה מקבלת אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח.

הצטרפות חברים קיימים ובני משפחתם תהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה של אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח או דחייה מקבלת אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח.

4.6 **תינוק שנולד במהלך תקופת הפוליסה החדשה:**

תינוק שיוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרת "מבוטח קיים" לעיל, יצורף לביטוח **באותו הכיסוי** בו מבוטחים הורה אחד או יותר, 9 חודשים לפחות, הקודמים למועד לידת התינוק, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בהליך חיתום רפואי, וזאת אם יצטרף במהלך 120 הראשונים ממועד הלידה, באמצעות טופס הצטרפות ייעודי לצירוף תינוק.

לאחר 120 יום ממועד הלידה תותנה הצטרפותו במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלת הביטוח.

4.7 בן/בת זוג שנישא/שהפך ידוע בציבור לחבר מבטוח במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

בן זוג חדש של חבר מבטוח שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה יוכל להצטרף לפוליסת הבריאות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בהליך חיתום רפואי ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, זאת אם יצטרף לביטוח במהלך 120 הימים הראשונים ממועד הנישואין או מהמועד שיפורט באסמכתא הרלוונטית לפי העניין כמפורט בהגדרה של "בן/בת זוג" לעיל. לאחר 120 יום כאמור תותנה הצטרפותו במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח.

4.8 ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לילד בוגר בתקופת הביטוח בפוליסה החדשה - יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית תעריף בוגר לביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה (מבטוח ראשי) ע"י חברת הביטוח.

4.9 הצטרפות של בני משפחה מקרבה שנייה (דור ב').
ההצטרפות תהא בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה של אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח, או דחייה מקבלת אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח.

5. מתן מסמכים למבטוח:

5.1 המבטוח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבטוחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח על הביטוח.

5.2 חידוש ללא שינוי בדמי ביטוח/תנאי כיסוי או הארכה לשלושה חודשים לצרכי מו"מ:

על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, במקרים בהם חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטוח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטוח לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין:
(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
(2) את האפשרות של המבטוח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
(3) את האפשרות של המבטוח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.3 דרישת המבטוח לקבל העתק מן ההסכם עם בעל הפוליסה:
חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.

נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

מתן הודעות למבוטח:

6.

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

6.2 **מקרה בו נדרש אישור פוזיטיבי:**
במקרה בו נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 14.6 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
במקרה בו לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח. הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

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

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

6.5 **הפסקת זיקה בין מבוטח לבעל הפוליסה:**
פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

6.6 **הודעה בדבר הגבייה:**
חלה על מבוטח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה,

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

7. תקופת הביטוח:

7.

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ 1.9.2024 (המועד הקובע) ועד 31.8.2029 (5 שנים).
- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח.
- 7.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.4 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח מסוים לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8. תום הביטוח. הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:

8.

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח על ביטול הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 20 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:**
- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה

מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 14.6 להלן ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח כמפורט בסעיף 6.2 לעיל, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין.

בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך - 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

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

העדר זיקה לבעל הפוליסה:

8.1.5

אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:

סיום חברות:

סיים החבר את חברותו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, הביטוח של החבר ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים החבר את חברותו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.

גירושין/סיום יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל) או פטירה (חו"ח) של המבוטח

במקרה בו חבר מבוטח התגרש/סיים יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל), הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין/סיום יחסים) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

על אף האמור בסעיף זה פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח ובני משפחתו, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה. ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

יובהר, כי ככל שבני המשפחה, של החבר שהתגרש או החבר שנפטר כמפורט לעיל, המבוטחים בפוליסה, יהיו חברים אצל בעל הפוליסה, יוכלו להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה הקבוצתית, בכפוף לבקשתם ולהסדרת אמצעי תשלום, בתוך 90 יום ממועד הגירושין/או הפטירה, לפי המקרה.

יובהר, כי במקרה בו בעל הפוליסה יבקש לבטל את הפוליסה עבור כלל המבוטחים מכל סיבה שהיא במהלך חודש קלנדרי, הוא נדרש לשלם דמי ביטוח מלאים בגין אותו החודש במהלכו בוטלה הפוליסה ואם כבר נגבו דמי הביטוח, המבטח לא יהיה חייב בהשבת דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו בוטלה הפוליסה.

8.2

8.3 בוטל הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.

8.4 המשכיות
תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבוטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "**פוליסת פרט**"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים בחברה במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם ובכפוף לתנאים הבאים:

8.4.1 המבוטח המבקש להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט היה מבוטח בפוליסה הקולקטיבית.

8.4.2 המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).

8.4.3 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

8.4.4 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא ספירה מחדש של תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים - החרגות רפואיות אישיות ככל ונקבעו), ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.

8.4.5 **יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).**

8.4.6 **יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיוזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.**

9. סייגים מיוחדים לפוליסה זו:

הפוליסה תחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

9.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 2.22 לעיל.

9.2 סייג בשל מצב רפואי קודם:

9.2.1 המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו

היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה החל הסייג.

9.2.2 סייג בשל מצב רפואי קודם, יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח:

א. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

ב. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

9.2.3 סייג בשל מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים (החרגה חיתומית):

על אף האמור בסעיף 9.2.2 סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

9.2.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

9.2.5 השבת דמי הביטוח בשל "מצב רפואי קיים":
במקרה בו נתבטל חוזה הביטוח בשל "מצב רפואי קיים" בהתאם להוראות המפורטות בסעיפים 9.1 ו-9.2 וכן מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

10. תשלום תגמולי הביטוח:

10.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

10.2 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, המתבצעים מחוץ לישראל ישולמו ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

10.3 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח על ידי המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

- 10.4 נפטר המבוטח ונותרה יתרת חוב לנותן שירות בגין שירות רפואי שניתן למבוטח ואושר על ידי המבטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנותרה (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים על פי כל דין של המבוטח כפי שנקבעו על ידי בית המשפט המוסמך ובכפוף לכל דין.
- 10.5 תגמולי הביטוח שישולמו על ידי המבטח לא יעלו על סכומי הביטוח המרביים הקבועים בפוליסה, בעת הגשת התביעה לראשונה על ידי המבוטח למבטח. עודכן סכום הביטוח המרבי על ידי המבטח, לא יחול הסכום המרבי המעודכן על תביעה אשר הוגשה למבטח טרם העדכון האמור.
- 10.6 תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין כשלא היה זכאי להם יוחזרו למבטח מיד עם דרישתו הראשונה.

11. תחלופ (סוברוגציה):

- 11.1 הייתה למבוטח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי מכוח חוזה ביטוח בשל מקרה הביטוח, עוברת זכות זו למבטח, מששילם למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם.
- 11.2 המבטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מהמבטח.
- 11.3 קיבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע למבטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצות את המבטח בשל כך.
- 11.4 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שנעשה שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. כפל ביטוח:

- 12.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 12.2 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.
- 12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.
- 12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

13. התביעה וניהולה:

המבטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין השירותים הרפואיים ו/או יפצה את המבוטח עד לסכום הביטוח המרבי (סכום הביטוח המרבי בעת הגשת התביעה לראשונה), הכול בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שיתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:

13.1 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים שהמבטח דרש לשם בירור התביעה לרבות מידע על ביטוח אחר שנעשה בפני סיכונים המכוסים על פי הפרקים הנכללים בפוליסה זו. המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו כל בדיקה וחקירה לצורך בירור חבותו באופן סביר. היה מקרה הביטוח מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

13.2 המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים, להם נדרשה קבלת אישור מראש בפרקים הנכללים בפוליסה. מובהר כי העדר פניה של המבוטח למבטח לקבלת אישור מראש כאמור, עלול להביא להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה סכום תגמולי הביטוח שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת הודעה מראש (בכפוף לכך שלמבטח זכאות למקרה הביטוח). הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

(1) החובה להודיע למבטח מראש על קרות מקרה הביטוח לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;

(2) אי קיום חובת ההודעה מראש או איחור בקיומה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב תגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. הופרה החובה להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח מראש כאמור בכוונת מרמה – פטור המבטח מחבותו.

13.3 המבוטח ימציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח.

13.4 המבוטח הסכים להיבדק בישראל על ידי רופא מטעם המבטח ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח, **(מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט)** וכן התיר לרופאים וכן לבית החולים בו עבר או עומד לעבור ניתוח או אושפז ולכל נותן שירות למסור למבטח כל ידיעה או מידע להם הוא זקוק, וחתם על כתב ויתור על סודיות רפואית בנוסח המקובל אצל המבטח. האמור בסעיף זה הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי הביטוח.

13.5 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדימים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.

13.6 **יובהר כי המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת הפוליסה בגין תשלומים עבור תרופות ו/או טיפולים**

שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות שניתנה על ידי נותן שירות לתרופות ו/או טיפולים עתידיים.

13.7 על נותן השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים להיות בעל הרשאה על פי הדין החל בישראל ו/או בחו"ל, לפי העניין, לצורך מתן השירותים הרפואיים ו/או האבזורים ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים למבוטח, וככל שנדרש רישוי כלשהו לשם כך, יהא/יהיו נותן הטיפול ו/או השירות הרפואי והמרפאה הכירורגית הפרטית או בית החולים הפרטי בו מבוצע הטיפול ו/או השירות הרפואי בעל/י רישוי מתאים.

13.8 בחירתו של רופא מנתח ו/או רופא מרדים שבהסכם או נותן שירות אחר, כפופה להסכמת בית החולים הפרטי/מרפאה כירורגית פרטית. תיאום הניתוח יעשה על ידי הרופא המנתח ו/או הרופא המרדים שנבחר על ידי המבוטח.

13.9 המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח, לרבות עצם בחירתו בפרוצדורה רפואית המחליפה פרוצדורה רפואית אחרת ו/או הפנייתו על ידי המבטח לבית חולים ו/או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל או פגם של הנ"ל או שנגרם משירות ו/או טיפול רפואי ו/או אבזורים ו/או מוצרים שסופקו למבוטח ו/או ששולמו בגינם/ם תגמולי ביטוח על פי הפוליסה. כאמור, בחירת ספק השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים ו/או בית מרקחת ו/או יצרן תרופה / אביזר ו/או סוג הטיפול ו/או סוג האביזר הרפואי הנדרש הינם באחריותו הבלעדית של בעל הפוליסה ו/או המבוטח, גם במקרה בו הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום המבטח ו/או על ידי הפניית המבוטח ו/או בעל הפוליסה לנותן השירות.

13.10 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות, פטור המבטח מלתת את השירותים על פי הפוליסה והמבטח ו/או נותן השירות לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

13.11 הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

13.11.1 המבוטחים הרשאים להיות מבוטחים בפוליסה זו הינם חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם כמוגדר בפוליסה זו, החברים באחת מקופות החולים בישראל.

למען הסר ספק יובהר כי, הביטוח על פי פוליסה זו אינו כולל כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל ואינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

המבטח לא יהא אחראי לתשלום תגמולי ביטוח למבוטח, הנמצא בעת קרות מקרה הביטוח בחו"ל. למעט אם הסיבה להיות המבוטח בחו"ל הינה מקרה ביטוח המכוסה על פי פוליסה זו ואשר אושר מראש ובכתב ע"י המבטח.

13.11.2 למרות האמור לעיל, מבוטח הנמצא בחו"ל, וחוזר לישראל, אפילו במהלך

תקופת השירות בחו"ל, יהא זכאי למלוא הכיסוי הביטוחי בגין השירותים הרפואיים המכוסים על פי הפוליסה, **וזאת בתנאי כי פוליסת הביטוח שלו הייתה והינה בתוקף ברצף במשך כל התקופה ממועד יציאתו לחו"ל ועד למועד חזרתו לישראל.**

13.11.3 **יובהר כי החריג המצוי בפוליסה לפיו לא יכוסה "מקרה ביטוח שאירע למבוטח השהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל". לא יחול על חברים המבוטחים בפוליסה זו.**

14. דמי הביטוח (הפרמיה):

- 14.1 דמי הביטוח יפורטו בדף הרשימה ובגילוי נאות המצורפים לפוליסה.
- 14.2 אם דמי הביטוח ישולמו בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי יחשב זיכוי בחשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי של המבטח כתשלום דמי הביטוח.
- 14.2 הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.
- 14.3 דמי הביטוח עבור החבר ו/או בני משפחתו ישולמו על ידי החבר, באמצעו גביה אישי או ע"י ניכוי מהשכר.
דמי הביטוח עבור בני משפחה מקרבה שניה ישולמו באמצעי גביה אישי.
מובהר כי חברים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), ימשיך החבר לשלם את דמי הביטוח כסדרם. (דמי הביטוח ישולמו באמצעי גביה אישי של המבוטח).
- 14.4 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.
- 14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישונו.
- 14.6 **שינויים בדמי הביטוח והדרישה לאישור פוזיטיבי**
בנוסף לאמור בסעיף לעניין התאמת דמי הביטוח (ככל וקיים), יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח (כלומר - לא ממומן על ידי בעל הפוליסה) בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה.
אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא

בהם לגבי ילדו או בן זוג;

לעניין סעיף זה, "**העלאה של דמי הביטוח**":

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח.
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפליסה למבוטח, במלאה או בחלקה או הרחבתה.
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
- (4) במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח.
- (5) במועד החידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

התאמת דמי ביטוח:

15.

בתום 12 חודשים ובתום 30 חודשים ו – 48 חודשים מהמועד הקובע (1.9.2024) תהא רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים, ליתרת תקופת הביטוח בהתאם למוסכם עם בעל הפוליסה.

תנאי הצמדה:

16.

דמי ביטוח, תגמולי הביטוח, סכומי הביטוח, סכומי גבולות אחריות המבטח וההשתתפות העצמית הקבועים בפוליסה יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן המדד הבסיסי הקבוע בפוליסה ועד למדד האחרון שפורסם לפני מועד תשלום כל סכום. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א – 1961, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

התיישנות:

17.

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח וזאת בהתאם לחוק חוזה הביטוח, או כל הוראת חוק אחרת אשר תבוא במקומו. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או תאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

חובת גילוי:

18.

פוליסה זו נעשתה על יסוד טופס ההצטרפות, ההודעות וההצהרות שנמסרו בכתב למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות הידיעות, התשובות, ההודעות וההצהרות הנ"ל הינה מהותית לתוקפה של הפוליסה אשר הוצאה על סמך הנחתו של המבטח כי המבוטח גילה לו את כל העובדות המהותיות לצורך הערכת סיכון המבוטח.

18.1 לא ענה המבוטח תשובות מלאות וכנות ו/או לא גילה למבטח עניין מהותי הן בהצעת הביטוח והן בכל מסמך אחר בו נדרש לכך, יהיה המבטח רשאי לבטל את הפוליסה או להקטין את היקף חבותו, הכול לפי הוראות חוק חוזה הביטוח.

18.2 ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

18.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

(1) התשובה **ניתנה בכוונת מרמה;**
(2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

18.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
(2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

18.5 בביטוח תאונה, מחלה ונכות שבו חייב המבטח לשלם תגמולי ביטוח לפי שיעור מוסכם מראש (פיצוי), המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 18.1 עד 18.3 לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או המוטב פעל בכוונת מרמה.

19. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

20. ההסדר התחיקתי וברירת הדין:

פוליסה זו כפופה להסדר התחיקתי ובכל מקרה של סתירה ביניהם ביחס להוראות קוגנטיות בלבד (הוראות שלא ניתן להתנות עליהן על פי הדין) יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

חילוקי דעות בנוגע לפרשנות ו/או תנאי הזכאות ו/או זכויות המבוטח על פי פוליסה זו יתבררו על פי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

21. זכויות מבוטח במהלך שירות צבאי:

בעת שירות צבאי חלות הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת ועלולות להגביל או למנוע מהמבטח קבלת טיפול רפואי פרטי. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש זכויות המבוטח מתוקף פוליסה זו. המידע הנוגע להוראות אלו נמצא אצל רשויות הצבא ועל המבוטח הנמצא בשירות צבאי להתעדכן בהן.

כל ההודעות המיועדות למבטח וכן כל המסמכים שיש למסור למבטח על פי תנאי הפוליסה ימסרו בכתב למשרדו הראשי של המבטח, לרבות בדוא"ל לכתובת המייל כפי שמפורסמת באתר החברה WWW.FNX.CO.IL בהתאם לנושא הפנייה או בכל אחת מדרכי ההתקשרות אותם פרסם המבטח לציבור המבוטחים באתר החברה.

המבטח ימסור את כל ההודעות למבטח על פי פרטי הקשר שנמסרו למבטח. במקרה ונמסרה כתובת של החבר אצל בעל הפוליסה בלבד, המבטח יראה את אותו חבר כשלוחם של יתר המבוטחים (בני משפחה המבוטחים בפוליסה) לעניין מסירת הודעות למבוטחים, אלא אם כן צוין בפני המבטח אחרת בדבר העדר שליחות כאמור (במקרה דגן ההודעות ישלחו למבטח לפי פרטי הקשר הידועים למבטח).

הודעות שנשלחו לפרטי הקשר הידועים של המבוטח אשר נמסרו למבטח, יחשבו כהודעות אשר התקבלו במענו של המבוטח.

פרק 1- תכנית ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 "השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:
- 1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי.
- 1.1.2 במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.
- 1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.
- 1.2 "טיפול חלופי בישראל" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח, הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.
- 1.3 "טיפול מיוחד מחוץ לישראל" - טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים האלה לפחות:
- 1.3.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.
- 1.3.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או תגרם לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
- 1.3.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
- 1.3.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

יובהר כי טיפול מיוחד מחוץ לישראל הינו למעט השתלה כהגדרתה לעיל.

1.4 **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.5 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליו הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7.

3.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5. שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 לעיל - עד 5,000,000 ₪.

3.2.2 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 לעיל - עד 3,000,000 ₪.

3.2.3 להשתלה כהגדרתה בפסקה 1.1.3 לעיל - עד 150,000 ₪.

3.3 טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7.

3.4 טיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

3.5 **להוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**

3.5.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

- 3.5.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.5.3 הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
- 3.5.4 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.
- 3.5.5 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
- 3.5.6 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
- 3.5.7 הוצאות בשל מסיים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

3.6 **להוצאות המפורטות להלן – שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**

- 3.6.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל – עד 300,000 ₪.
- 3.6.2 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים – עד 200,000 ₪.
- 3.6.3 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה – עד 250,000 ₪.
- 3.6.4 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪. על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.
- 3.6.5 הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל – עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.
- 3.6.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל – עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 שקלים חדשים אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3.6.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.

3.7 **להוצאות המפורטות להלן – פיצוי לפי סכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:**

3.7.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪, לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים;

לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח אשר קיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.

3.7.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.

3.7.3 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, בלא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.

3.8 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה תבוצע ו/או בוצעה, בהתאם להוראות חוק השתלת אברים, ובכלל זה ולשם כך יבחן המבטח אם נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל במדינה בה צפויה להתבצע ההשתלה, ומתקיימות הוראות חוק איסור סחר באיברים.

4. **תקופת אכשרה:**

תקופת האכשרה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5. **הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

5.1 **מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.**

5.2 **מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.**

5.3 **מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.**

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

5.5 **השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ**

לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

5.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.

5.7 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.8 טיפולי רפואה משלימה.

5.9 טיפולים נפשיים.

5.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

5.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.

5.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק 2- תכנית ביטוח תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 "בדיקה גנטית" -** בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- 1.2 "טיפול תרופתי" -** נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3 "מדיניות מוכרות" -** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורווגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.4 "מרשם" -** מסמך רפואי חתום בידי רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5 "הרשות המוסמכת" -** הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משוקת התרופה.
- 1.6 "המחיר המרבי המאושר לתרופה" -** הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.7 "סל שירותי הבריאות" -** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.8 "רופא מומחה" -** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו 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, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה.
- 1.9 "תקופת אכשרה" -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 "תרופה" -** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 1.11 "תרופת יתום" -** תרופה לטיפול במחלה נדירה.

1.12 "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של התרופה, מכוח תקנה 29(א)(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

1.13 "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מאלה:

1.13.1 תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו.

1.13.2 תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהוא אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.13.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.14 "Off Label תרופה" - תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:

1. פרסומי ה-FDA;
2. American Hospital Formulary Service Drug Information.
3. US Pharmacopoeia - Drug Information;
4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa;
 - ב. חוזק הראיות – (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B;
 - ג. יעילות – (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa;
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מאלה לפחות:
 - א. NCCN;
 - ב. ASCO;
 - ג. NICE;
 - ד. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא לפחות אחד משני המצבים האלה:

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת

מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.1.3 תרופה OFF LABEL.

2.1.4 תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2.1.5 תרופה מיוחדת.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1 כיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:

3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ .

3.1.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ , ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.

3.1.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.

3.1.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.2 **סכום השיפוי המירבי לתרופה (סעיף 3.1) לא יעלה על "המחיר המרבי המאושר לתרופה".**

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

4. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה לכיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק התרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

5.2 טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.

5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.

5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.

5.5 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

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

5.7 תרופה ניסיונית.

5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.

5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.

5.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהינם נשאים או חולים.

5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

5.12 שתל, אבזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אבזר מצופה תרופה.

5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.

5.14 קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים, [נוסח חדש],

התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, אשר מכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6. השתתפות עצמית:

- 6.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 – 300 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- 6.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 – 500 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- 6.3 על אף האמור בסעיפים קטנים (6.1) ו-(6.2), לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים.

פרק 3 - תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1. האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

הגדרות:

1.1 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין שבוצעה לאחריו.

1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף.

1.3 **"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 ליזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.4 **"ניתוח מורכב"** - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.

1.5 **"רופא מומחה"** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

1.6 **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.7 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושגל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.8 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה 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 ביטוח:

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל. ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח. לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

3. הכיסוי הביטוחי:

פוליסת ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

- 3.1 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.
- 3.2 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.
- ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.
- לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 3.3 לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.
- לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.
- 3.4 **הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3:**
- 3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.
- 3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים, כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 3.4.3 עלות הטסת גופת המבטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.
- 3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה; במקרה שהמבטח קטין – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולשני מלווים.
- 3.4.5 הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
- 3.4.6 הוצאות בשל מסיים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

הוצאות שעלותן תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2 :	3.5
3.5.1 הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל – עד 1,200 ₪ לכל התייעצות.	3.5.1
3.5.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.	3.5.2
3.5.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪ . אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.	3.5.3
3.5.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.	3.5.4
3.5.5 הוצאות עלות שתל שהושגת במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪.	3.5.5
3.5.6 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:	3.5.6
3.5.6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום.	3.5.6.1
3.5.6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 ימים.	3.5.6.2
3.5.6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב – עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.	3.5.6.3
3.5.6.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה – עד 400 ₪ לכל יום.	3.5.6.4
3.5.6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכחמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח – עד 100,000 ₪ .	3.5.6.5
3.6 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪ .	3.6

4. **תקופת האכשרה:**
תקופת האכשרה לתכנית ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
5. **הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**
פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים.
 - 5.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
 - 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 5.5 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.
 - 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
 - 5.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיות או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 5.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 5.9 טיפולי רפואה משלימה.
 - 5.10 טיפולים נפשיים.
 - 5.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
 - 5.12 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
 - 5.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות בדיקות ופעולות הדמיה כגון CT ו-MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

פרק 4 - ניתוחים בישראל

מסלול א' - תכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית)

*מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

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

בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

1.10 **"הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח"** – הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלאו התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

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. **התחייבות המבטח:**

בקרות מקרה הביטוח ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התביעות (סעיף 7 לעיל), המבוטח יהיה זכאי לכיסויים הביטוחיים המפורטים להלן:

3.1 בקרות מקרה הביטוח ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התביעות (סעיף 7 להלן), המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל רק במקרים הבאים:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם המבטח.

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם המבטח.

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח אצל המבטח, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 בקרות מקרי הביטוח בהם תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל **נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים** (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החברה כאמור או ביטול השב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1.2 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר. ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר לפני העניין. יובהר, כי לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן, בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון", ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4. הכיסוי הביטוחי:

בקורת מקרה הביטוח ובכפוף להתחייבות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי כדלקמן:

4.1 שלוש **ההתייעצויות** בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 800 ₪ לעניין זה יובהר כי **ההתייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**

4.2 שכר **מנתח** שבהסדר ניתוח.

4.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

4.3.1 שכר רופא מרדים.

4.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

4.3.3 ציוד מתכלה.

4.3.4 שתלים.

4.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

4.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

4.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

4.4 **טיפול מחליף ניתוח**; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המחולף בישראל. עלות הניתוח המחולף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

5. תקופת אכשרה:

5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק ניתוחים מסלול שב"ן ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.

6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

6.3 ניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.

6.5 השתלת איברים: לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי. כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.

6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

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

7. תביעות

7.1 בנוסף על האמור בסעיף התחייבות המבטח, סעיף 3 לעיל, המבוטח יפנה לקופת

החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו לכיסוי הביטוחי על פי תנאי השב"ן. לאחר קבלת התייחסות השב"ן לזכאות המבוטח כאמור, המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו לשם קבלת אישור המבטח למקרה הביטוח ולזכאותו לכיסוי הביטוחי מתוקף תכנית זו לפני ביצועו.

למען הסר ספק, אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תכנית זו.

7.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח:

7.2.1 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

7.2.2 טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים / פרוצדורות / תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

8. ברות ביטוח:

המבוטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:

8.1 **"ברות ביטוח"** - זכאות של המבוטח למעבר מתוכנית זו לתכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן: "פוליסת שקל ראשון") - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שאינה פוליסה משלימת שב"ן, המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

8.1.1 סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.

8.1.2 מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

8.2 המעבר בין התוכניות יעשה בכפוף לבקשת המבוטח למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

8.3 תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן.

8.4 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

פרק 4 - ניתוחים בישראל

מסלול חלופי- תכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪) *

***מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית אשר כוללת בפרק הניתוחים את מסלול - "משלים שב"ן" ושאינם מחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים בעת התביעה.**

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

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

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

1.10 **"הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח"** – הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 **השתתפות עצמית- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח מסוג ניתוח - על פי תנאי התכנית. ההשתתפות העצמית תעמוד על 5,000 ₪ צמוד למדד התכנית.**

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:

בקורת מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 800 ₪ לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;**

3.2 שכר מנתח שבהסדר ניתוח ;

3.3 כיסוי הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצוע, לרבות:

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

במקרה בו עלות הניתוח על פי הסדר ניתוח עם נותן שירות המבוקש על ידי המבוטח,

נמוכה מגובה ההשתתפות העצמית (5,000 ₪) תהיה באפשרות המבוטח לפנות למבוטח ולקבל את אישורו מראש ובכתב לכך שהמבוטח יעבור את הניתוח אצל נותן השירות במחיר שבקובע בהסדר הניתוח בין המבוטח לבין נותן השירות כאמור. למען הסר ספק, **מובהר ומוסכם כי העלות בגין הניתוח על פי סעיף זה תחול על המבוטח בלבד.**

3.4 טיפול מחליף ניתוח; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

4. תקופת אכשרה:

- 4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. הגבלות לאחריות המבוטח (חריגים): **פרק ניתוחים, מסלול שקל ראשון עם השתתפות עצמית 5000 ₪, יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:**

- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.5 השתלת איברים: לעניין זה "השתלת איברים"- כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שלוב 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. כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים

מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.

5.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בפעילות בעלת אופי צבאי.

5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.

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

6. תביעות

6.1 בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח:
הכיסוי הביטוחי יינתן רק אם בוצע על ידי נותני שירות שבהסדר ניתוח. על המבטח לקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר ניתוח, את עלות ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה ששילם המבטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר. למען הסר ספק, על אף האמור בסעיף התביעות לתנאים הכלליים, חברת הביטוח תשלם בשל ניתוח, לרופא או למוסד רפואי שבו בוצע הניתוח ולפי הסדר ניתוח בלבד.

6.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצות :

6.2.1 הכיסוי הביטוחי יינתן בין אם בוצעו על ידי נותן שירות שבהסדר ובין אם על ידי נותן שירות שאינו בהסדר בהתאם למפורט : ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר, המבטח יבקש את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר קבלת אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח. יובהר כי במקרה ששילם המבטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר.

6.2.2 ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסדר, המבטח ישלם למבטח או לנותן השירות, על פי בחירת המבטח, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף ניתוח ו/או ההתייעצות בגין מקרה הביטוח **עד לתקרה המפורטת בסעיף הכיסוי הביטוחי בלבד.**

6.2.3 טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים / פרוצדורות / תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

פרק 5 - שירותים אמבולטוריים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בפרק זה על כל תתי פרקיו.

תת פרק 5.1 - יעוץ ובדיקות

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה בישראל (אם וכפי שנקבע בצמוד לסעיף הרלוונטי בפרק זה), ביצוע בדיקות ו/או התייעצויות שלא בעת אשפוז כמפורט בתוכנית זו וזאת במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 6 להלן (להלן: "השירותים").

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בתכנית זו יינתנו בישראל בלבד, ואם מדובר בשירותים הניתנים באופן דיגיטלי/ און ליין (ON LINE) - בכפוף לכך שנותן השירות והמבוטח שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית, עד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית, לתת פרק זה - 5.1:
תגמולי הביטוח שישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 4 שלהלן, יהיה עד לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף הרלוונטי.

4. השירותים:

4.1 פרק א' - התייעצות עם רופא מומחה

4.1.1 המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין ייעוץ פרונטלי או און ליין ובתנאי שמדובר ברופא מומחה מישראל בלבד לגבי מצבו הרפואי של המבוטח. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 1,400 ₪ לייעוץ ובכל מקרה **לא יותר מ- 2 התייעצויות** בשנה קלנדרית. על אף האמור בסעיף זה, תאושר בשנה קלנדרית התייעצות אחת בלבד עם פסיכיאטר מתוך כמות ההתייעצויות המכוסה.

סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח בגין פרק א':

4.1.2

4.1.2.1 פרק זה אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית ו/או רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או התייעצות לצורך מעקב נטילת תרופות, ו/או התייעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית ו/או לצורך קביעת אחוזי נכות.

4.1.2.2 פרק זה אינו מכסה מצב בו בחר המבוטח להתייעץ עבור אדם אחר (למשל, עבור ילדו, הוריו וכיוצ"ב). במקרה בו אותו "אדם אחר" הינו מבוטח בפוליסה זו אצל המבטח, תיבחן זכאותו להתייעצות תחת הפוליסה שלו.

4.1.2.3 במקרה בו במסגרת ביצוע בדיקה אבחנתית ו/או מניעה כמפורט בפרק ב', בסעיף 4.2 להלן, או במסגרת בדיקות הריון ולידה כמפורט בפרק ג', סעיף 4.3 להלן, בוצעה גם התייעצות עם רופא מומחה בנוגע לאותה הבדיקה, ההחזר בגין ההתייעצות יינתן בכפוף לתקרות המופיעות בפרק א' בסעיף 4.1.1 לעיל.

4.1.2.4 יובהר כי במקרה ובנוסף לתת פרק זה מחזיק המבוטח גם בתת פרק "אבחון רפואי מהיר" ששווק אצל המבטח החל מ-01.10.2023, במסגרתה ביצע המבוטח תהליך אבחון מהיר אשר כולל תשלום השתתפות עצמית בגין ייעוץ ו/או בדיקות אבחנה, לא יבוצע החזר במסגרת תכנית זו עבור ההשתתפות העצמית אשר שולמה בגין האבחון המהיר.

פרק ב' - בדיקות אבחנתיות ומניעה

4.2

המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין בדיקות אבחנתיות ומניעיות המפורטות להלן וזאת על פי הוראת רופא מומחה בישראל בתחום הרלוונטי. **יובהר כי לא יכוסו במסגרת סעיף זה בדיקות מעקב שגרתי ובדיקות סקר שלא לצורך אבחנת מצבו הרפואי של המבוטח כפי שמפורט במקרה הביטוח בסעיף 1 לפרק זה.**

4.2.1 בדיקות אבחנתיות (רשימה סגורה- הכיסוי לא יחול עבור בדיקות נוספות)

4.2.1.1 הדמיה באמצעות אולטרסאונד u.s (לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו לב), החזר הוצאות למבוטח עד 750 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.2 בדיקות באמצעות רנטגן (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית), החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.3 הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת CT (להוציא בדיקת CT PET), החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.4 הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בנוסף בדיקת MRT ובדיקת CT PET, החזר הוצאות למבוטח עד 4,000 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.5 בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית המפורטות בסעיף זה בלבד (רשימה סגורה): EEG, EMG, NCT, NCV, א.ק.ג., החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.6 בדיקות מעבדה אבחנתיות (רשימה סגורה): בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST), החזר הוצאות למבוטח עד 500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.7 ככל ותידרש, על פי הפניית רופא מומחה, בדיקה אבחנתית שאינה מופיעה בסעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.6 הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו, יינתן החזר הוצאות למבוטח ועד לסכום של 3,000 ₪ ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.2.1.8.

4.2.1.8 גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית לכל הבדיקות האבחנתיות בסעיף 4.2.1:
המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין הבדיקות האבחנתיות כמפורט בסעיף 4.2.1 זה, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך של 7,000 ₪ לכל הבדיקות שיבוצעו בשנה קלנדרית.

4.2.2 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח בגין פרק ב':
יובהר כי במקרה ובנוסף לתת פרק זה מחזיק המבוטח גם בתת פרק "אבחון רפואי מהיר" ששווק אצל המבטח החל מ- 01.10.2023 שבמסגרתו ביצע המבוטח תהליך של אבחון מהיר אשר כולל תשלום השתתפות עצמית בגין ייעוץ ו/ או בדיקות אבחנה, לא יבוצע החזר במסגרת פרק זו עבור ההשתתפות העצמית אשר שולמה בגין האבחון המהיר.

4.2.3 בדיקות סקר ומניעה:

תקופת המתנה לסעיף זה:
תקופת המתנה של 12 חודשים ממועד תחילת הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח.

אבחון וייעוץ גנטי למחלות תורשתיות / גילוי גנים סרטניים:
המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין אבחון לגילוי מחלות תורשתיות, / גילוי גנים סרטניים שבוצע לאחר תקופת ההמתנה ובתנאי שהמחלה התגלתה אצל אחד מבני משפחתו של המבוטח מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) והיא מחלה המוכרת כמחלה תורשתית או מחלת

הסרטן.

החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ועד 3,400 ₪ לכל בדיקת אבחון ומקסימום עד 2 בדיקות אבחון בלבד בכל תקופת הביטוח ובכפוף לגבול אחריות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל.

פרק ג' - שירותים בגין הריון ולאחר הלידה:

4.3

גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית לפרק ג' :
המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין השירותים כמפורט בפרק זה, עד לסך של 4,000 ₪ **עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון, למעט טיפולי פריון.**

תנאים מיוחדים לפרק ג'

פרק זה יחול גם על מבטוח בתכנית זו אשר אינו נושא את העובר ברחמו, וזאת בתנאי שהוא קשור להיריון (בעל זיקה ישירה להריון). במקרה בו יש מספר מבוטחים הקשורים להריון כאמור בסעיף זה לעיל, ישולם לכל אחד מהם החזר הוצאות ובתנאי שההחזר לא יעלה על סך ההוצאות שהוצאו בפועל **עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון** ובכפוף לגבול אחריות המבטח לפרק זה. אם תוגשנה מספר בקשות להחזר על אותו שירות/אותה בדיקה, על ידי מספר מבוטחים הקשורים להריון כאמור לעיל, ההחזר יבוצע לכל מבטוח ובלבד שסכום ההחזר הכולל לכל המבוטחים בגין אותו שירות / בדיקה, לא יעלה על ההוצאה בפועל של הבדיקה/השירות ובכפוף לגבול אחריות המבטח בפרק זה.

4.3.1 שירותים הניתנים בתקופת טרום הריון:

ביצוע בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון - בדיקות דם לבדיקת סיכון רקע למחלות מולדות ולמחלות גנטיות לצורך תכנון משפחה.
החזר ההוצאות בגין **כל הבדיקות** שיבוצעו טרום ההריון יהיה בשיעור של 80% ועד 1,000 ₪ **ובכפוף לגבול אחריות לפרק ג'.**
לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון נוסף.

4.3.2 שירותים הניתנים במהלך ההריון:

- 4.3.2.1 **סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר** - החזר הוצאות עבור סקירה על קולית (U.S) לבדיקת מערכות עובר, תהיה בשיעור 80% מההוצאה **בכפוף לגבול האחריות לפרק ג'.**
- 4.3.2.2 **בדיקת שקיפות עורפית** - החזר הוצאות עבור **בדיקת שקיפות עורפית**, תהיה בגובה 80% מההוצאה **בכפוף לגבול אחריות לפרק ג'.**
- 4.3.2.3 **בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי)** - החזר הוצאות עבור בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי), תהיה בשיעור 80% מההוצאה **בכפוף לגבול אחריות לפרק ג'.**

4.3.2.4 **בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי")** - החזר הוצאות עבור בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי"), תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪.

4.3.2.5 **בדיקת NIPT** - החזר הוצאות עבור בדיקת NIPT, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד

4.3.2.6 **סיסי שלייה** - החזר הוצאות עבור **בדיקת סיסי שלייה**, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד עד .

4.3.3 **טיפול פריון:**

המבטח ישלם למבטוח החזר הוצאות עבור טיפולי פריון בארץ ובחול.ל.
בכפוף להמלצת רופא פריון, החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ולא יותר מ- 12,000 ₪ לכל הליך ומקסימום עד שני הליכים לכל ילד (ועד 2 ילדים), בכל תקופת הביטוח. יובהר כי סעיף זה כפוף לגבול אחריות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל.

5. **תקופת אכשרה/ המתנה:**

- 5.1 תקופת האכשרה עבור כל סעיפי תת פרק זה הינה 90 יום.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה בנוגע לפרק ג'- שירותים בגין הריון ולאחר הלידה הינה 6 חודשים.
- 5.3 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת ההמתנה בגין בדיקות סקר ומניעה הינה 12 חודשים (סעיף 4.2.3) - ללא תקופת אכשרה.

6. **חריגים:**

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - ייעוץ ובדיקות יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים האלה:

- 6.1 **התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבטוח, למעט בדיקות סקר ובדיקות מניעה המפורטות בתת פרק 5.1 בסעיף 4.2.3**
- 6.2 **התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.**
- 6.3 **התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.**
- 6.4 **התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.**

- 6.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם. חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ- 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
- 6.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 6.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 6.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 6.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית זו.
- כמו כן, המבוטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:
- 6.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.12 אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 6.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או אי איכפתיות.
- 6.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

- 6.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכן בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 6.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 6.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 6.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 6.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 6.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 5.2 - טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק ליווי רפואי טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות, לפי העניין, בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים בפוליסה .

טיפולים לאחר אירוע רפואי:

1. מקרה הביטוח ומועד קרות מקרה הביטוח בפרק א'

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אגב ניתוח, אשפוז או מחלה קשה, אשר אירע לאחר תקופת האכשרה של 90 ימים ואשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה (להלן: "השירותים"). מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית ועד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. השירותים:

3.1 חוות דעת שנייה מחו"ל:

המבטח ישלם החזר הוצאות עבור חוות דעת שנייה מחו"ל, לאחר שהמבוטח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלת הסרטן לאחר תקופת האכשרה. הזכאות הנה לקבלת חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון: צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, CT, MRI), הפתולוגיה, כירורגיה ואונקולוגיה, לרבות שילובים. החזר ההוצאה עבור ביצוע חוות דעת שנייה יינתן פעם אחת בלבד עבור כל אבחנה של מחלת הסרטן. ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-2,000 ₪ לכל חוות הדעת.

3.2 טיפולים אונקולוגיים:

המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים אונקולוגיים שעבר במהלך תקופת הביטוח ,

בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-17,200 ₪ לכל שנת ביטוח.

3.3 **אח/ות פרטי/ת:**

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין שירותי השכרת אחרות פרטיות, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בב"ח או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח).

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-900 ליום ועד 14 ימי אשפוז או שהייה בביתו לכל מקרה ביטוח.

3.4 **אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה:**

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי ליום אשפוז בגינו היה המבוטח מאושפז שלא כתוצאה מניתוח, אלא כתוצאה ממחלה או תאונה שארעה במהלך תקופת הביטוח.

הפיצוי יהיה בסך 350 ₪ ליום החל מהיום הרביעי ועד 10 ימים סה"כ, לכל מקרה ביטוח.

3.5 **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:**

המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

ההחזר יהיה בשיעור של 75% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-4,800 ₪ לתקופת ביטוח.

4. **חריגים:**

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה – טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה, יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

4.1 **התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.**

4.2 **התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.**

4.3 **התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.**

4.4 **התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.**

4.5 **התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי,**

קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם. חריג זה לא יחול במקרים הבאים:

א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ- 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצטבר).

ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.

ג. כיסויים הנקובים במפורש בפוליסה.

4.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.

4.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.

4.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.

4.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.

כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה - פרק א' טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה, אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:

4.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.

4.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.

4.12 אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.

4.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פיזיות ו/או איכפתיות.

4.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

- 4.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכן בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 4.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 4.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 4.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 4.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 4.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 5.3 - התפתחות הילד

1. לצרכי תת פרק זה, "**בעיות בהתפתחות הילד**" יוגדרו כדלקמן: פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאיחור משמעותי בתפקוד הפונקציונאלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית או מומים בינוניים או קשים של השלד ו/או הפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל. לרבות ליקוי בתחום תפקודי אחד מתחומי התפתחות הילד (מוטורי, תחושי, קוגניטיבי, שפתי, פסיכולוגי/רגשי).

2. **מובהר כי הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה, הינו לטיפול בילד (16-2) המבוטח בפוליסה ואינו חל על טיפולים לבני המשפחה ואינו כולל הדרכת הורים.**

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי הביטוחי המפורט בתת פרק זה לאחר תקופת אכשרה של 3 חודשים ממועד תחילת הפוליסה.

התקרה הכוללת לכלל הכיסויים בתת פרק זה הינה – 3000 ₪ .

3. **הכיסוי הביטוחי:**

3.1 **אבחון וייעוץ דידקטי ופסיכו דידקטי:**

המבוטח יהא זכאי לאבחון דידקטי במרפאות המוסמכות למתן שירותים מסוג זה בתחומים הבאים (רשימה סגורה): קריאה, כתיבה, חשבון, אנגלית ומודעות פונולוגית (להלן: "**אבחון דידקטי**") ולאבחון פסיכו דידקטי (אבחון המשלב בדיקה דידקטית ופסיכולוגית) במרפאות המוסמכות למתן שירותים מסוג זה, (להלן: "**אבחון פסיכו דידקטי**"). **יובהר, כי כיסוי זה אינו כולל אבחון פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי.**

3.1.1 אבחון דידקטי - החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מסך ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר מסך של 400 ₪ לכל אבחון דידקטי ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.1.2 אבחון פסיכו דידקטי - החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מסך ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר מסך של 1,000 ₪ לכל אבחון פסיכו דידקטי ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.2 **אבחון וייעוץ להפרעות קשב וריכוז – מבחן TOVA ו/או BRC או MOXO:**

המבוטח יהיה זכאי לאבחון הפרעות קשב וריכוז הכולל בדיקות ממחשבות מסוג TOVA (להלן: "**אבחון TOVA**") ו/או מסוג BRC (להלן: "**אבחון BRC**") ו/או מסוג MOXO (להלן: "**אבחון MOXO**") במרפאות המוסמכות למתן שירותים מעין אלה. **יובהר כי כיסוי זה אינו כולל אבחון פסיכולוגי ו/או פסיכיאטרי.**

3.2.1 אבחון TOVA - החזר ההוצאות בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר מסך של 400 ₪ לכל אבחון ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.2.2 אבחון BRC - החזר ההוצאות בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר מסך של 500 ₪ לכל אבחון ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.2.3 אבחון MOXO - החזר הוצאות בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מסך של 400 ₪ לכל אבחון ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.3 טיפולים בהתפתחות הילד:

המבוטח **יחזיק זכויות לטיפולים** מתוך סוגי הטיפולים המפורטים להלן לצורך התמודדות עם בעיות בהתפתחות הילד שאובחנו ע"י רופא מומחה בניירולוגית ילדים ו/או רופא מומחה בהתפתחות הילד ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל:

3.3.1 טיפול באמצעות קלינאי תקשורת:

הטיפול יבוצע על ידי קלינאי תקשורת מוסמך מטעם משרד הבריאות, אשר מתמחה בשמיעה, בשפה ובתקשורת, בדיבור ובבליעה וזאת לצורך טיפול, מניעה, ייעוץ והדרכה בנושאים הבאים:
תקשורת, הבנת השפה והשימוש בה, היגוי, שטף הדיבור (גמגום), קול ומוטוריקה של אזור הפה (אכילה ובלעיה).
המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הטיפול. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מעלות הטיפול בפועל, אך לא יותר מסך של 120 ₪ לטיפול ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.3.2 טיפול באמצעות מרפא בעיסוק:

הטיפול יבוצע על ידי מרפא בעיסוק מוסמך מטעם משרד הבריאות, ומטרתו להקנות למבוטח יכולות שיאפשרו לו לתפקד באופן עצמאי ככל ויש עיכוב התפתחותי, בהתאם לנומרות ההתפתחות תלויות הגיל וזאת בתחום המוטוריקה הגסה, המוטוריקה העדינה, הקוגניציה, הוויסות החושי וההתפתחות הרגשית.
המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הטיפול. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מעלות הטיפול בפועל, אך לא יותר מסך של 120 ₪ לטיפול ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

3.3.3 פיתוח כישורים התפתחותיים/רגשיים:

טיפול ריגשי/ התפתחותי במסגרת טיפול קבוצתי או אישי בתחומים הבאים בלבד:

- רכיבה טיפולית, על ידי מטפל בעל תעודת מדריך רכיבה טיפולית.
- שחייה טיפולית (הידרותרפיה), על ידי מטפל בעל תעודת מטפל הידרותרפיה מוסמך ממוסד המוכר מטעם האגודה הארצית להידרותרפיה.
- טיפול באומנות, על ידי בעל תואר שני בעבודה סוציאלית/טיפול באומנות או בעל תעודת הכשרה בפסיכותרפיה.
- טיפולים פסיכולוגיים.
- טיפול בהרטבת לילה (מעל גיל 3).

המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הטיפול.

החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל, אך לא יותר מ-120 ש"ח לטיפול ועד התקרה הכוללת בסעיף 2 לעיל.

4. חריגים

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והחברה תהיה פטוריה מחבותה לפי תת פרק זה:

- 4.1 הוצאות שהוציא מבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה לדוגמא בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.**
- 4.2 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבוטח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.**

תת פרק 5.4 - רפואה משלימה

1. המבוטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן, וטיפולים אלה בלבד (להלן: "הטיפולים"):

- 1.1 אקופונקטורה - טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 1.2 רפלקסולוגיה - טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 1.3 שיאצו - לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 1.4 אוסטיאופתיה - טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 1.5 כירופרקטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 1.6 הומאופתיה - שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 1.7 פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 1.8 ביו פידבק - טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 1.9 נטורופתיה - טיפול בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 1.10 ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תכנית תזונה למבוטח.
- 1.11 שיטת טווינה - במגע מקומי ומערכתי המשלב מסג' רקמות עמוק.
- 1.12 טיפולי רפואה משלימה, שלא נמנו ברשימה לעיל ונתנו במכונים של קופות החולים

2. הזכאות לכיסוי הביטוח: המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין טיפולים כמפורט לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים להלן ולסעיף החריגים:

- 2.1 ניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת השירותים עקב מצבו הרפואי.
- 2.2 חלפה תקופת האכשרה של 3 חודשים מיום תחילת הפוליסה.
- 2.3 המטפל הינו מטפל מוסמך בתחום הרלוונטי.

3. הכיסוי הביטוחי: המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד 24 (עשרים וארבעה) טיפולים בשנת ביטוח, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה, בין אם הטיפולים יינתנו על ידי מטפל בתחום אחד מתחומי הטיפולים המפורטים לעיל ובין אם מדובר בטיפול משולב בכמה תחומים.

ההחזר יהיה בשיעור של 70% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-205 ₪ לטיפול.

4. חריגים בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:

- 4.1 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).
- 4.2 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב על ידי הרופא המטפל במבוטח, כי קבלת השירות נדרשת לנוכח צורך רפואי ברור.
- 4.3 הוצאות שהוציא המבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה, לדוגמא בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן

השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.

4.4 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבוטח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

4.5 קבלת שירותים בבית המבוטח או בספא או בבית מלון.

4.6 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.

תת פרק 5.5 - טיפולים פסיכולוגיים

- 1.** המבטח ישלם החזר הוצאות למבטוח בגין עלות טיפולים פסיכולוגיים, פסיכיאטריים או סוציאליים אשר ניתנו בפועל למבטוח לאחר תקופת האכשרה על ידי מטפל כהגדרתו להלן **יובהר כי לא יינתן החזר להדרכת הורים.**
- 2. מטפל הינו אחד מאלה:**
 1. פסיכיאטר בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות.
 2. פסיכולוג בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים.
 3. עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996.פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון פסיכולוג או פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון מומחה בתחום הפסיכיאטריה מטעם משרד הבריאות או פסיכותרפיסט בעל הסמכה לפעול כעובד סוציאלי
- 3. הכיסוי הביטוחי:**

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות (עלות הטיפול) אשר הוצאו בפועל ועד-250 ₪ לטיפול ועד 24 טיפולים לשנת ביטוח.
- 4. תקופת אכשרה:** תקופת אכשרה לכיסוי זה תהא 90 יום.
- 5. חריגים:**

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:

 - 5.1 הוצאות שהוציא המבטוח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה, לדוגמא בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.**
 - 5.2 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבטוח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.**
 - 5.3 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.**

תת פרק 5.6 - ביקור רופא

1. הכיסוי הביטוחי:

המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות בהן נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא, הניתן למבוטח בין השעות 20:00 בערב ל – 6:00 בבוקר, ע"י אחת מחברות הנותנות שירות בתחום ביקורי הרופא או ע"י רופא, והכל בגין ביקורים רפואיים המבוצעים בביתו של המבוטח או בכל מקום אחר בו המבוטח נמצא, או במרכז רפואה מידי (מר"מ) המופעל ע"י חברה הנותנת שירות בתחום ביקורי רופא.

ההחזר יהיה בשיעור של 75% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 150 ₪.

2. כיסוי זה יהא ללא תקופת אכשרה.

3. חריגים

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים זה, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והחברה תהיה פטורה מחבותה לפי תת פרק זה:

3.1 הוצאות שהוציא מבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה, לדוגמא הוצאות בגין המשך טיפול רפואי שהומלץ ע"י הרופא שביקר בבית המבוטח בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים.

3.2 קבלת שירותים המפורטים בסעיף זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבוטח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

3.3 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.

תת פרק 5.7 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות שהוציא, **בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה זו.**

1. מקרה הביטוח - מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה של 90 ימים וכן בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה **(להלן: "השירותים")**.
מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

השירותים

2.1

אביזרים רפואיים:

לאצרכי סעיף זה יוגדרו אביזרים רפואיים כדלקמן ולא תחול ההגדרה לאביזר

בתנאים הכלליים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר מתוך הרשימה הסגורה שלהלן:
פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונס, שתל קוכולארי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל עד 2,750 ₪ לאביזר.

מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:

2.2

שיפוי המבוטח עבור הוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות מניו למשדר קרדילוגי. השיפוי יינתן בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק למשדר על פי אישור רופא מומחה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות 8 אשר הוצאו בפועל ועד-150 ₪ לחודש ועד 12 חודשים למקרה ביטוח.

תקופת אכשרה לתת פרק זה תהא 90 יום.

3.

חריגים

4.

בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים כמפורט בחריגים בסעיף 4 בתת פרק 5.2

תת פרק 5.8 - טיפולי פיזיותרפיה

1. המבוטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה, אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח (להלן: "הטיפולים"), בכפוף לתנאים המפורטים להלן.

2. הזכאות לכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין טיפולים כמפורט לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים להלן ולסעיף החריגים:

- 2.1 ניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת השירותים עקב מצבו הרפואי.
- 2.2 חלפה **תקופת האכשרה של 3 חודשים** מיום תחילת הפוליסה.
- 2.3 בטיפולי פיזיותרפיה- המטפל הינו מטפל מוסמך, בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה תקפה מטעם משרד הבריאות.

3. הכיסוי הביטוחי:

המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד **18 (שמונה עשר) טיפולים בשנת ביטוח, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה.**

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-180 ₪ לטיפול.

4. חריגים

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:

- 4.1 **השירות לא יינתן בעקבות בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).**
- 4.2 **השירות לא יינתן בעקבות הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב על ידי הרופא המטפל במבוטח, כי קבלת השירות נדרשת לנוכח צורך רפואי ברור.**
- 4.3 **קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל.**
- 4.4 **קבלת שירותים בבית המבוטח או בספא או בבית מלון, או שיעורי שחיה.**
- 4.5 **לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.**

דף רשימה

תקופת הביטוח: 1.9.2024-31.8.2029

מדד הפוליסה: המדד שפורסם ביום 15.8.2024 14116 נק'

טבלת הפרמיות חודשיות בש"ח

קבוצת גיל	חבילת כיסויים מסלול שב"ן
0-25	52
25-40	159
41-45	220
46-50	257
51-60	320
61-65	370
+66	490

ילד בוגר – מגיל 25.

החל מילד שלישי (עד גיל 25) ללא עלות.

במידה וקיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם (ילד עד גיל 25) - ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול (רובד בסיס ורובד הרחבה ייחשבו כל אחד כמסלול נפרד בפוליסה בהם קיימים 2 רבדים).

ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25)עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

יובהר כי בצירוף בני משפחה מקרבה שניה – כל נכד משלם.

פרטי הסוכנות

לשירותך בכל שאלה, הבהרה, הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה:

נאוה ויקלמן – סוכנות לביטוח (2010) בע"מ

טל: 03-9193999 | פקס: 03-9192999 | www.vikelman.co.il

ד"ר אלי הרשקוביץ - טיפול בתביעות | שלוחה 7 | elias@vikelman.co.il

גלית טיומקין - מחלקת גבייה | שלוחה 9 | galit@vikelman.co.il

אילנית ברק -מנהלת התיק, שינויים והצטרפויות לקולקטיבים
| שלוחה 2 | ilanit@vikelman.co.il

אירית שרפי - סמנכ"לית | שלוחה 0 מזכירות | irit@vikelman.co.il

נאוה ויקלמן | שלוחה 0 מזכירות | nava@vikelman.co.il

מען למשלוח דואר: ת.ד. 7265 פתח תקוה 4934829



פרטי היועץ

חברת "ווי.די.בי יועצים" בע"מ

**ניתן לפנות בכל מקרה של אי הסכמה לגבי דחיית תביעה, הבהרות להסכם,
וכל נושא הקשור בפוליסה**

טל: 03-6911390

פקס: 03-6352662

Ydb@ogen.co.il



לשירותך בכל שאלה, הבהרה, הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה:

נאוה ויקלמן - סוכנות לביטוח (2010) בע"מ
טל: 03-9193999
פקס: 03-9192999
www.vikelman.co.il

ד"ר אלי הרשקוביץ - טיפול בתביעות | שלוחה 7
elias@vikelman.co.il

גלית טיומקין - מחלקת גבייה | שלוחה 9
galit@vikelman.co.il

אילנית ברק - מנהלת התיק, שינויים והצטרפויות לקולקטיבים | שלוחה 2
ilanit@vikelman.co.il

אירית שרפי - סמנכ"לית | שלוחה 0 מזכירות
irit@vikelman.co.il

נאוה ויקלמן | שלוחה 0 מזכירות
nava@vikelman.co.il

מען למשלוח דואר: ת.ד. 7265 פתח תקוה 4934829

חברת "ווי.די.בי יועצים" בע"מ

ניתן לפנות בכל מקרה של אי הסכמה לגבי דחיית תביעה,
הבהרות להסכם, וכל נושא הקשור בפוליסה

טל: 03-6911390
פקס: 03-6352662
Ydb@ogen.co.il

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד 4ט fnx

*3455
03-7332222