

ביטוח רפואי



ביטוח רפואי קבוצתי לחברי ארגון
נכי צה"ל ובני משפחותיהם

דצמבר 2013

החל ממאי 2008 מממן משהב"ט לנכי צה"ל ביטוח רפואי ברובד בסיסי בחברת הביטוח "הראל", המקנה כיסוי לארועים קשים במיוחד בתחום הבריאות: השתלות איברים, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי וטכנולוגיות רפואיות הקשורות בניחות. כל אלה ככל שאינם קשורים לנכות המוכרת באגף השיקום, שהרי הטיפול בנכות המוכרת ממומן כולו על ידי משרד הביטחון ובאחריותו.

בנוסף לכיסוי שעל פי הרובד הבסיסי כאמור, זכאים חברי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם, להרחיב את הפוליסה ולרכוש כיסויים נוספים מהמתקדמים ביותר בתחום ביטוחי הבריאות בישראל, בתנאים מועדפים.

רובד הביטוח הבסיסי והרובד הנוסף לחברי הארגון ובני משפחותיהם, מכנסים תחת קורת גג אחת את הפתרונות לרוב המקרים הרפואיים אשר אין להם מענה ראוי בחוק ביטוח הבריאות ובביטוחים המשלימים של קופות החולים.

לאור חשיבות הביטוח ותנאיו המועדפים, חידש הארגון את תקופת הביטוח בפוליסה הקבוצתית לנכי צה"ל ובני משפחותיהם לתקופה של 10 שנים.

כחלק מתנאי החידוש, סוכם עם חברת הביטוח כי תנאי הביטוח ישופרו עוד ללא תוספת עלות. אנו נמצאים בימים אלו בדיונים עם חברת הביטוח בנושא, ובתקופה הקרובה נעדכנכם בשיפורים שיסוכם.

לרשות החברים עומדת סוכנות הביטוח "מבטח סימון", אשר נציגיה יענו על שאלותיכם בכל נושא הקשור לביטוח הרפואי ותנאיו.

בבעיות עקרוניות, ניתן לפנות גם ליועצי הביטוח של חברת YDB המלווים את הפוליסה לאורך השנים או כמובן, לארגון.

פרטי סוכנות הביטוח "מבטח סימון" וחברת YDB רשומים בגב החוברת.

לנוחותכם, כוללת החוברת שלפניכם: ריכוז פרטים על הפוליסה העדכנית ועל הכיסוי הביטוחי על פי תקנות גילוי נאות, פרוט תנאי הפוליסה ברובד הבסיסי וברובד הנוסף ואופן הגשת תביעה.

אני מקווה ומאחל לכולנו שלא נזדקק לביטוח זה.

בברכת בריאות טובה



חיים בר,

יו"ר ארגון נכי צה"ל

תוכן העניינים

■ מידע כללי על הפוליסה

■ ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה (ע"פ תקנות גילוי נאות)

■ פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

■ הפוליסה

רובד חובה

נספח א'- השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

נספח ב'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

נספח ג'- כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

רובד רשות

נספח ד'- ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בישראל, ושירותים רפואיים נילווים לניתוחים (השירותים המפורטים בנספח זה)

נספח ה'- ביטוח לניתוחים פרטיים בישראל מסלול Upgrade (למבוטחי שב"ן)

נספח ו'- ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל

נספח ז'- ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים לנשים הרות

נספח ח'- כתבי שירות

נספח ט'- ביטוח למקרה גילוי מחלה קשה

■ טבלת דמי ביטוח

■ התאמת הפוליסה לתקנות של המפקח על הביטוח

■ תהליך הגשת התביעה



מידע כללי על הפוליסה

מידע כללי על הפוליסה

החל מיום 01.05.08 נכנסה לתוקפה פוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתית הבסיסית הממומנת על ידי משרד הביטחון והנותנת כיסוי לרובד חובה בסיסי לכל נכי צה"ל בכל גיל, בין אם הינם חברי ארגון נכי צה"ל ובין אם לאו. להלן: "פוליסת החובה".

פוליסת החובה נשלחה ע"י משרד הביטחון לכל נכי צה"ל הזכאים.

פוליסת החובה מכסה כאמור רובד בסיסי בלבד לאירועים בריאותיים קשים: השתלות, טיפולים וניתוחים בחו"ל, תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי וטכנולוגיות רפואיות במהלך ניתוח.

ארגון נכי צה"ל ביקש לאפשר לחברי הארגון ובני משפחותיהם להרחיב את הכיסויים שברובד החובה הבסיסי, ובהתאם התקשר עם חברת הביטוח בהסכם לעריכת פוליסה קבוצתית נוספת רחבה ביותר המורכבת מ- 2 רבדים: רובד בסיסי לבני משפחה הזדה לפוליסת החובה לנכים ובנוסף כיסויים נוספים לבני המשפחה ולנכים המכסים: ניתוחים פרטיים בישראל ובחו"ל ושירותים נלווים לניתוחים, חליפי ניתוח, שירותים אמבולטוריים שירותים לנשים הרות, כתבי שירות מגוונים וביטוח למחלות קשות. הכל בעלות נמוכה ואטרקטיבית בהשוואה לכיסויים הניתנים ע"י חברות הביטוח בישראל.

לכיסויים הנוספים זכאים להצטרף חברי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם כהשלמה לפוליסת החובה שניתנה לנכים ללא תשלום ע"י משרד הביטחון.

עובדי הארגון יבוטחו בגין רובד הבסיס בפוליסה זו באופן אוטומטי במימון ארגון נכי צה"ל, וגם הם יוכלו להרחיב ולהצטרף לרובד המורחב ולצרף את בני משפחתם הן לרובד הבסיס והן לרובד הרשות המורחב.

ההצטרפויות הנ"ל הינן במימון החבר/העובד עצמו וישולמו באמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי או הוראת קבע).

מי זכאי להצטרף?

- חבר הארגון שהוכר כנכה על פי חוק הנכים וכן מי שהוכר לזכויות מלאות כנכה צה"ל לפנים משורת הדין, אשר דרגת נכותו המוכרת כמוגדר להלן, הינה 20% ומעלה וכן מי שהוכר על פי החוק הנ"ל לפני 1.1.1996, ודרגת נכותו מ- 19%-10%.
- עובד/ת הארגון - עובד אשר קיבל אישור בכתב להצטרפות לביטוח בריאות זה, על פי הקריטריונים שנקבעו ע"י הארגון ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, ואשר בינו ובין הארגון מתקיימים יחסי עובד- מעביד.
- בני משפחה של חבר/עובד ארגון - בן/בת זוג של חבר/עובד הארגון (נשואים או ידועים בציבור), ילדים של חבר/עובד הארגון עד גיל 25, ילדים בוגרים של חבר/עובד הארגון (מעל גיל 25), נכדים של חבר/עובד הארגון.
- ההצטרפות לרובד המורחב מותנית בהצהרת בריאות מקוצרת ובהגבלת לגיל שאינו עולה על 76 שנים.

אופן ההצטרפות לביטוח

לרשותכם עומד "מוקד איכות חיים-ארגון נכי צה"ל".

לשם הרחבת הביטוח ו/או צירוף בני המשפחה יש לפנות למוקד "איכות חיים" בטלפון 03-6004000.

במוקד יענו על כל שאלותיכם ויסייעו לכם ליצור את חבילת הבריאות המתאימה ביותר לכם ולבני משפחותיכם. כדאי להכין מראש את מספרי תעודות הזהות ותאריכי הלידה שלכם ושל בני המשפחה.

המוקד פעיל בימים א-ה בין השעות 09:00-20:00 וביום ובין השעות 09:00-13:00.

המוקד הוקם במיוחד בשבילך, אנא השתמש בו.

חשוב להדגיש כי ההצטרפות להטבה הבסיסית ולהטבה המורחבת כפופה לרישום באמצעות המוקד.

מבנה תכנית הביטוח וחבילות הביטוח המוצעות

פוליסת הביטוח בנויה משני רבדים עיקריים:

רובד חובה (נספחים א'-ג')

נספח א': השתלות איברים בארץ ובח"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.

נספח ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי.

נספח ג': טכנולוגיות רפואיות.

חברי/עובדי הארגון (ללא מגבלת גיל)

לרובד החובה מצורפים כל נכי צה"ל בין אם הינם חברי ארגון נכי צה"ל או לאו ע"י משרד הביטחון ובמימונו (ההצטרפות אוטומטית).

עובדי ארגון נכי צה"ל שאינם נכי צה"ל מצורפים לרובד החובה ע"י הארגון ובמימונו (הצטרפות אוטומטית).

בני משפחה

יוכלו להצטרף לרובד זה באופן וולונטארי לאחר מילוי הצהרת בריאות שתקבע את תנאי קבלתם לביטוח. לבני משפחה - ההצטרפות תוגבל לגיל 76 במועד הקובע. התשלום עבורם יבוצע באמצעות אמצעי גביה אישי (הוראת קבע או כרטיס אשראי).

רובד רשות - וולונטארי (נספחים ד'-ט')

רובד ביטוחי זה בנוי משני מסלולים:

מסלול 1: כולל כיסוי לניתוחים פרטיים לאחר מיצוי זכויותיו של המבוטח במסגרת השב"ן שברשותו (נספחים ה' - ח').

מסלול 2: כולל כיסוי מלא בגין ניתוחים המבוצעים באופן פרטי (נספחים ד', ו' - ח').

נספח ד': ניתוחים פרטיים בארץ כולל חליפי ניתוח ושירותים נלווים

או

נספח ה': ניתוחים פרטיים בארץ-מסלול אפ גרייד.

ובנוסף:

נספח ו': ניתוחים פרטיים בחו"ל.

נספח ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים לנשים הרות.

נספח ח': כתבי שירות.

נספח ט': כיסוי למחלות קשות.

ההצטרפות של חברי/עובדי הארגון ובני המשפחה לרובד הרשות כפופה למילוי הצהרת בריאות שתקבע את תנאי הקבלה לביטוח. התשלום עבור רובד הרשות יבוצע באמצעות אמצעי גביה אישי (הוראת קבע או כרטיס אשראי).

להלן החבילות שניתן לרכוש:

חבילה 3**:	חבילה 2*:	חבילה 1*:
כיסוי למחלות קשות	רובד של ניתוחים מלא	רובד משלים לשב"ן
נספח ט': כיסוי למחלות קשות ניתן לרכוש עד 4 יחידות פיצוי על סך 25,000 ₪ כל יחידה	נספח ד': ניתוחים פרטיים בארץ כולל חליפי ניתוח ושירותים נלווים נספח ו': ניתוחים פרטיים בחו"ל נספח ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים לנשים הרות נספח ח': כתבי שירות - מעבדה עד הבית - שירות מוקד מידע טלפוני - ייעוץ דיאטטי, לרבות ייעוץ תזונאי לספורטאים - שירות קשר עין - חוות דעת שניה בחו"ל - שירותי רפואה משלימה	נספח ה': ניתוחים פרטיים בארץ-מסלול אפ גרייד נספח ו': ניתוחים פרטיים בחו"ל נספח ז': שירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים לנשים הרות נספח ח': כתבי שירות - מעבדה עד הבית - שירות מוקד מידע טלפוני - ייעוץ דיאטטי, לרבות ייעוץ תזונאי לספורטאים - שירות קשר עין - חוות דעת שניה בחו"ל - שירותי רפואה משלימה

* לא ניתן לצרף בני משפחה לרובד הרשות אלא אם צורפו לרובד החובה.

** את הכיסוי ע"פ נספח ט' (חבילה 3) ניתן לרכוש רק לאחר רכישת נספחים ד' - ח' (חבילה 1 או חבילה 2).

הצטרפות בני משפחה לכל רובד מותנית בהצטרפותו של חבר/עובד הארגון עצמו לאותו רובד.



**ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ופרטים אודות
הכיסוי הביטוחי (ע"פ תקנות גילוי נאות)**

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (על פי תקנות "גילוי נאות")

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם בעל הפוליסה	ארגון נכי צה"ל
	הכיסויים בפוליסה	<p>רובד חובה: השתלות איברים בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, טכנולוגיות רפואיות.</p> <p>רובד רשות: ניתוחים פרטיים בארץ כולל חליפי ניתוח ושירותים נלווים - מסלול מלא, ניתוחים פרטיים בארץ - מסלול אפ גרייד, ניתוחים פרטיים בחו"ל, שירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים לנשים הרות, כתבי שירות, כיסוי למחלות קשות.</p>
משך תקופת הביטוח	10 שנים, החל מיום 1.5.2013 ועד ליום 30.4.2023.	
המשכיות	<p>המשכיות - רצף ביטוחי בתום הביטוח והפסקתו ההמשכיות הנ"ל הינה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח 2004/11 "ביטוח בריאות קבוצתי".</p> <p>מבוטחים שתם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיף 7 לפוליסה, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבוטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבוטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבוטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.</p> <p>סיום ההסכם / ביטול - נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבוטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבוטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבוטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים.</p>	

	<p>אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה הקולקטיבית בתקופת חברותו בארגון כולל רבדים וולונטריים, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבוטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקולקטיבי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.</p> <p>- אם חל בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה שינוי חקיקה, המעניק למבוטחים כיסוי הדומה לכיסוי הקיים בפוליסת ביטוח קבוצתי זו, תיתן פוליסת ההמשך כיסוי ביטוחי בעד הכיסוי שניתן בפוליסת הביטוח הקבוצתי שאינו ניתן מכוח החוק.</p> <p>חשוב לציין כי ייתכן והמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>
<p>תנאים לחידוש אוטומטי</p>	<p>הביטוח יתחדש אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים כל אחת. אלא אם הודיע אחד הצדדים למשנהו בכתב לפחות 120 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו.</p>
<p>תקופת אכשרה</p>	<p>רובד חובה: אין תקופת אכשרה, למעט בכיסוי של טכנולוגיות רפואיות - תחול תקופת אכשרה בת 90 יום.</p> <p>רובד רשות: שירותים אמבולטוריים - למקרה ביטוח הקשור להריון ולידה והפריה חוץ גופית - תחול תקופת אכשרה של 9 חודשים. מחלות קשות - למקרה ביטוח ראשון - תחול תקופת אכשרה בת 30 יום, למקרה ביטוח שני - תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון</p>
<p>תקופת המתנה</p>	<p>אין, למעט בכיסוי מורחב לניתוחים - סעיף 9 (אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח), תהיה תקופת המתנה של 60 יום.</p>
<p>השתתפות עצמית</p>	<p>רובד חובה: בפרק ב' (תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי) - השתתפות עצמית של 150 ₪ למרשם ועד 450 ₪ לחודש בגין כל המרשמים בגין אותו חודש.</p> <p>רובד רשות: בפרק ח' (כתבי שירות) - מעבדה עד הבית - השתתפות עצמית של 45 ₪ לבדיקה, יעוץ דיאטני - השתתפות עצמית של 40 ₪ לטיפול, חוות דעת שניה בחו"ל - השתתפות עצמית של 150 \$ לחוות דעת, רפואה משלימה - 40 ₪ לטיפול, השתתפות עצמית של 20 ₪ לביקור רופא לילי.</p>
<p>שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>שינוי תנאי הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם, אם ידרש.</p>

	אין בשינוי כלשהו לגרוע בדרך כלשהי טיפולים כלשהם, שכבר הוגשו בגינם פניות ו/או תביעות כלשהם.																							
דמי הביטוח גובה ומבנה דמי הביטוח	רובד חובה לחבר - ממומן על ידי משרד הביטחון. רובד חובה לעובדים ממומן ע"י ארגון נכי צה"ל רובד חובה לבני משפחה של חבר/ עובד הארגון:																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>גילאים</th> <th>דמי הביטוח החודשיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילד/ נכד עד גיל 25*</td> <td>3.5 ₪</td> </tr> <tr> <td>26-30</td> <td>16 ₪</td> </tr> <tr> <td>31-40</td> <td>16 ₪</td> </tr> <tr> <td>41-50</td> <td>16 ₪</td> </tr> <tr> <td>51-60</td> <td>16 ₪</td> </tr> <tr> <td>61-65</td> <td>25 ₪</td> </tr> <tr> <td>65+</td> <td>25 ₪</td> </tr> </tbody> </table>	גילאים	דמי הביטוח החודשיים	ילד/ נכד עד גיל 25*	3.5 ₪	26-30	16 ₪	31-40	16 ₪	41-50	16 ₪	51-60	16 ₪	61-65	25 ₪	65+	25 ₪							
	גילאים	דמי הביטוח החודשיים																						
	ילד/ נכד עד גיל 25*	3.5 ₪																						
	26-30	16 ₪																						
	31-40	16 ₪																						
	41-50	16 ₪																						
	51-60	16 ₪																						
	61-65	25 ₪																						
	65+	25 ₪																						
* התשלום הינו עבור 3 ילדים - מהילד הרביעי - ללא פרמיה. רובד רשות עבור נספחים ד' - ז': לחבר/עובד ארגון ובני משפחותיהם:																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>גילאים</th> <th>דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים)</th> <th>דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים לבעלי שב"ן)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עד 25</td> <td>20 ₪</td> <td>13 ₪</td> </tr> <tr> <td>26-30</td> <td>40 ₪</td> <td>30 ₪</td> </tr> <tr> <td>31-40</td> <td>48 ₪</td> <td>36 ₪</td> </tr> <tr> <td>41-50</td> <td>64 ₪</td> <td>46 ₪</td> </tr> <tr> <td>51-60</td> <td>99 ₪</td> <td>66 ₪</td> </tr> <tr> <td>61-65</td> <td>160 ₪</td> <td>84 ₪</td> </tr> <tr> <td>65+</td> <td>220 ₪</td> <td>104 ₪</td> </tr> </tbody> </table>	גילאים	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים)	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים לבעלי שב"ן)	עד 25	20 ₪	13 ₪	26-30	40 ₪	30 ₪	31-40	48 ₪	36 ₪	41-50	64 ₪	46 ₪	51-60	99 ₪	66 ₪	61-65	160 ₪	84 ₪	65+	220 ₪	104 ₪
גילאים	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים)	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים לבעלי שב"ן)																						
עד 25	20 ₪	13 ₪																						
26-30	40 ₪	30 ₪																						
31-40	48 ₪	36 ₪																						
41-50	64 ₪	46 ₪																						
51-60	99 ₪	66 ₪																						
61-65	160 ₪	84 ₪																						
65+	220 ₪	104 ₪																						
רובד רשות עבור נספח ח' (כתבי שירות): ליחיד/למשפחה: 4 ₪ לחודש.																								
רובד רשות עבור נספח ט' (כיסוי למחלות קשות): לחבר/עובד ארגון ובני משפחותיהם:																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>גילאים</th> <th>דמי הביטוח החודשיים ליחידת ביטוח (סך של 25,000 ₪*)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>עד 25</td> <td>1.5 ₪</td> </tr> <tr> <td>26-30</td> <td>3 ₪</td> </tr> <tr> <td>31-40</td> <td>6 ₪</td> </tr> <tr> <td>41-50</td> <td>15 ₪</td> </tr> <tr> <td>51-60</td> <td>36 ₪</td> </tr> <tr> <td>61-65</td> <td>76 ₪</td> </tr> <tr> <td>65+</td> <td>110 ₪</td> </tr> </tbody> </table>	גילאים	דמי הביטוח החודשיים ליחידת ביטוח (סך של 25,000 ₪*)	עד 25	1.5 ₪	26-30	3 ₪	31-40	6 ₪	41-50	15 ₪	51-60	36 ₪	61-65	76 ₪	65+	110 ₪								
גילאים	דמי הביטוח החודשיים ליחידת ביטוח (סך של 25,000 ₪*)																							
עד 25	1.5 ₪																							
26-30	3 ₪																							
31-40	6 ₪																							
41-50	15 ₪																							
51-60	36 ₪																							
61-65	76 ₪																							
65+	110 ₪																							
* ניתן לרכוש עד 4 יחידות.																								

<p>הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד היסודי הינו המדד שפורסם ב- 15.4.2008 נקודות. ביום 1.5.2018 ייערך חישוב התאמת דמי ביטוח (פרמיה) עפ"י המפורט בהסכם.</p>	<p>שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח</p>	
<p>בעל הפוליסה יוכל בכל עת מכל סיבה שהיא בהודעה מוקדמת בכתב בת 120 ימים, לבקש לסיים הסכם זה.</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>1 אם בעל הפוליסה ו/או המבוטח אינו/ם משלם/ים או לא שילמו את הפרמיה כסדרה (על פי חוק חוזה הביטוח). הביטול יתבצע לאחר מתן התראות לבעל הפוליסה ו/או המבוטח כמתחייב עפ"י חוק חוזה ביטוח.</p> <p>2 אם העלים בעל הפוליסה מהמבוטח עובדה מהותית, שידיעתה הייתה גורמת למבוטח שלא לקבלו לביטוח (על פי חוק חוזה הביטוח 1981).</p>	<p>תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח</p>	
<p>מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.</p> <p>חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:</p> <p>א. פחות מ- 65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבוטח על מצב בריאותו הקודם, והמבוטח, לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>מודגש כי החריג/ים על פי האמור לעיל, יחולו רק על מקרה ביטוח שאינו נוגע לנכות המוכרת.</p> <p>הנכות המוכרת אצל כל מבוטח מוחרגת כאמור בסעיף 6 להסכם, למשך כל תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו.</p>	<p>החרגה בגין מצב רפואי קודם</p>	<p>חריגים</p>
<p>פוליסת הביטוח - סעיף 16, 17, 24.</p> <p>רובד חובה: השתלות איברים בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 6. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי - סעיף 5, 6. טכנולוגיות רפואיות - סעיף 7.</p> <p>רובד רשות: ניתוחים פרטיים בארץ כולל חליפי ניתוח ושירותים נלווים - סעיף 12. ניתוחים פרטיים בחו"ל - סעיף 5. הוצאות אמבולטוריות/בדיקות הריון - סעיף 4. כיסוי למחלות קשות - סעיף 5.</p>	<p>סייגים לחבות המבוטח</p>	

פרטים אודות הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'
פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי	שיפוי/ פיצוי	צורך באישור החברה מראש	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	תגמולים קיזוז עם ביטוח אחר
רובד חובה					
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
תגמולי הביטוח להשתלות	אצל נותני שירות שבהסכם-כיסוי מלא.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
	אצל נותני שירות שאינם בהסכם-עד תקרה בגובה \$ 1,000,000.				
	\$ 70,000 להשתלה בחו"ל (למעט השתלת קרנית או מח עצם עצמית).	שיפוי			לא
	\$ 20,000 להשתלה בארץ (למעט השתלת קרנית או מח עצם עצמית).				
גמלה חודשית לאחר ביצוע השתלה	למבוגר בגובה 5,000 ש"ח ועד לתקרה מירבית של 24 חודשים, כמפורט בסעיף 4.4.14 בנספח א'.	פיצוי	כן	ביטוח חליפי	לא
תגמולי הביטוח לטיפולים מיוחדים בחו"ל	\$ 150,000 למקרה ביטוח אחד.	שיפוי	קביעת הצורך ע"י רופא מומחה בתחום	ביטוח תחליפי	כן
תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי					
תרופות הנכללות בכיסוי	תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות.			ביטוח תחליפי	
סכום ביטוח מירבי	עד 1,000,000 ש"ח למשך כל 36 חודשים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

	ביטוח תחליפי			150 ש"ח למרשם ועד 450 ש"ח לחודש בגין סך כל המרשמים בגין אותו חודש.	השתתפות עצמית למרשם
טכנולוגיות רפואיות					
	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד סכום מרבי בסך 350,000 ש"ח לכל תקופת טיפול.	החזר הוצאות או תשלום ישירות לנותן השירות בגין טכנולוגיות רפואיות קיימות או עתידיות
רובד רשות					
ניתוחים					
	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	כל הניתוחים.	ניתוחים מכוסים
	ביטוח משלים	כן	שיפוי	כל הניתוחים (מעבר לחבות השב"ן) לבעלי כללית מושלם, לאומית כסף/ לאומית זהב, מאוחדת עדיף/מאוחדת שיא ומכבי מגן כסף/זהב.	
	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	קיים (עד תקרה שבהסכם למנתח היקר מבין מנתחי ההסכם).	כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח
	ביטוח תחליפי	כן	פיצוי	פיצוי בגובה 50% משכר מנתח הסכם היקר ביותר מבין מנתחי ההסכם.	פיצוי בגין ניתוח בבי"ח ציבורי (לא חל על מבוטחים בעלי שבן שבחרו את התכנית בפרמיה מופחתת)
ניתוחים בחו"ל					
	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	אם הניתוח אושר מראש על ידי המבטח וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי והתיאום נעשו ישירות על ידי המבטח - כיסוי מלא כנקוב בנספח 1' להסכם. אם הניתוח לא אושר מראש על ידי המבטח - החזר הוצאות בגובה 200% מהזכאות לאותו ניתוח בארץ.	כיסוי לניתוח פרטי, הוצאות נסיעה, הוצאות של הטסה רפואית, הוצאות שהייה, הטסת גופה

שירותים רפואיים אמבולטוריים					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד תקרה הנקובה ליד כל סעיף בנספח ז'.	חוות דעת רפואית בישראל, בדיקות רפואיות אבחנתיות, טיפולים פיזיותרפיים, בדיקות הריון, אם פונדקאית, טיפולי הפריה חוץ גופית, השגת תרומת ביצית בחו"ל, טיפולים רדיוטרפיים וכימוטרפיים ותרמוטרפיים, מנוי למשדר קרדיאלי/קרדיולוגי
כתב שירות – רפואה משלימה					
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד 15 טיפולים לשנת ביטוח.	תקרת הכיסוי
				בגובה 40 ש"ח לטיפול.	השתתפות עצמית
ביטוח לגילוי מחלה קשה					
לא	ביטוח תחליפי	לא	פיצוי	25,000 ש"ח בגין גילוי אחת המחלות המפורטות בנספח ט'.	תקרת הכיסוי

נכון למדד שפורסם ב- 15.4.2008.

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

ההגדרות תקפות ליום פרסומם.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים בהסכם החתום בין הצדדים.



הפוליסה

פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון נכי צה"ל, עובדי ארגון נכי צה"ל ובני משפחותיהם

בין: **הראל חברה לביטוח בע"מ** (להלן "המבטח ו/או החברה") - מצד אחד -

לבין: **ארגון נכי צה"ל** (להלן "בעל הפוליסה" או "הארגון") - מצד שני -

הואיל: וברצון הארגון לבטח את חבריו ואת עובדיו כמוגדר להלן, ולאפשר להם לצרף את בני/ות זוגם, וילדיהם לביטוח זה;

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

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1 מבוא

- 1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים והמסמכים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד הימנו.
- 1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ואין בהן כדי לשמש לפרשנות של הסכם זה.
- 1.3 בכל האמור בהסכם זה מילים האמורות בלשון זכר משמען נקבה ומילים הבאות בלשון נקבה משמען גם זכר.

2 הגדרות

בהסכם זה ובכל נספח או מסמך המצורף אליו תהיה למונחים הבאים המשמעות הבאה:

- 2.1 "המבטח" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.2 "בעל הפוליסה" - ארגון נכי צה"ל (להלן: "הארגון").
- 2.3 "נכה צה"ל" - מי שהוכר כנכה על פי חוק הנכים (תגמולים ושיקום-תש"ט - 1959) וכן מי שהוכר לזכויות מלאות כנכה צה"ל לפני משורת הדין, אשר דרגת נכותו המוכרת כמוגדר להלן, הינה 20% ומעלה וכן מי שהוכר על פי החוק הנ"ל לפני 1.1.1996, ודרגת נכותו מ- 19%-10%.
- 2.4 "חבר הארגון" - נכה צה"ל, הזכאי על פי ההגדרות המופיעות בתקנון הארגון, להיות חבר בארגון ומשלם דמי חבר בארגון באופן סדיר ונכלל ברשימות חברי הארגון, הכל על פי שיקול דעתו הבלעדי של הארגון.
- 2.5 "עובד הארגון" - עובד אשר קיבל אישור בכתב להצטרפותו לביטוח בריאות זה, על פי הקריטריונים שנקבעו ע"י הארגון ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי, ואשר בינו ובין הארגון מתקיימים יחסי עובד-מעביד.

- 2.6 **"בן משפחה"** - בן/בת זוג של חבר הארגון או של עובד הארגון (נשואים או ידועים בציבור), בן/בת של חבר הארגון או של עובד הארגון ו/או של בן/בת זוגו או בן בת של בני חבר הארגון ושל מי מהם וילדיהם ובני/בנות הזוג שלהם (נשואים או ידועים בציבור).
- 2.7 **"ילד"** - ילד של חבר ארגון או עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת זוג של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן או בת של חבר ארגון או של עובד ארגון, אשר במועד צירופו לביטוח טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששולמו בגינו דמי הביטוח, כקבוע להלן.
- 2.8 **"ילד בוגר"** - ילד של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת זוג של חבר ארגון או של עובד ארגון ו/או ילד של בן/בת חבר ארגון או בן/בת של עובד ארגון, אשר במועד צירופו לביטוח מלאו לו 25 שנים או יותר יהא זכאי לצרף לביטוח את בן/בת זוגו ואת ילדיו, בתנאי ששולמו בגינם דמי הביטוח כקבוע להלן.
- 2.9 **"מבוטח"** - חבר ארגון או עובד ארגון ו/או בן משפחה כמוגדר לעיל, למעט אם צויין במפורש אחרת.
- 2.10 **"גיל המבוטח"** - יקבע על פי שנתון לידה, כך שיראו את המבוטחים ילידי שנה מסוימת כאילו נולדו ביום ה- 31.12 אותה שנה, ללא קשר לתאריך לידתם בפועל, ועל כן תמלא להם שנה מלאה רק ביום ה- 31.12 של אותה שנה.
- 2.11 **"מועד תחילת ההסכם"** - 1 למאי 2008. ההסכם חודש לתקופה נוספת, החל מיום 1.5.2013 ועד ליום 30.4.2023.
- 2.12 **"המועד הקובע"** - לגבי רובד החובה מועד תחילת ההסכם או מועד צירופו של המבוטח לביטוח החובה לפי המאוחר מביניהם. לגבי רובד הרשות מועד הצטרפותו של המבוטח לרובד הרשות. ובהתאם לאמור בס' 5.4 להסכם.
- 2.13 **"הסכם הביטוח" או "ההסכם"** - חוזה ביטוח זה, שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 2.14 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה במועד תחילת ההסכם והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 2.15 **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 2.16 **"המדד היסודי"** - המדד שיפורסם ביום 1.5.4.08.
- 2.17 **"המדד הקובע"** - המדד הידוע במועד ביצוע תשלום כלשהו על פי הסכם זה.
- 2.18 **"דמי ביטוח"** - פרמיה שתשולם למבטח על פי תנאי פוליסה זו, בן באמצעות בעל הפוליסה, בגבייה מרוכזת, ובין על ידי המבוטח באמצעי גבייה אישי, הכול בהתאמה לסוג הביטוח.
- 2.19 **"דף פרטי הביטוח"** - מסמך אשר יימסר לכל מבטח סמוך לאחר תחילת הביטוח הכולל את פרטיו האישיים של המבוטח, תקופת הביטוח, סוג הכיסוי בגינו בוטח, היקף הכיסוי (חריגי הנכות המוכרת וחריגים אחרים, אם הוטלו), במידה ובוצע חיתום רפואי) המדד הבסיסי ודמי הביטוח שעליו לשלם.

- 2.20 **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמוגדר בכל נספח מנספחי הסכם הביטוח, אשר התקיימותה מקנה למבוטח זכות ו/או זכויות על פי ביטוח זה.
- 2.21 **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהמבטח מתחייב לשלם בגין כל אחד ממקרי הביטוח כמצוין בכל נספח מנספחי הסכם הביטוח.
- 2.22 **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל נספח או נספח שצורף לפוליסה. לא צויינה בנספח כלשהו תקופת אכשרה, לא תחול תקופה כנ"ל לגבי אותו נספח. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 2.23 **"מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מנספחי הפוליסה, או בנספח מנספחיה שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.
- 2.24 **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.25 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח ו/או השתלה או כל טיפול רפואי או פעולה כנדרש על פי העניין, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/ הבראה) או מוסד שיקומי.
- 2.26 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 2.25 שאינו בבעלות המדינה ו/או רשות עירונית. כמו כן יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופ"ח או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.
- 2.27 **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 2.25 ו- 2.26 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 2.28 **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 2.29 **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה שומרון וחבל עזה אשר בשלטון ישראל.
- 2.30 **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 2.31 **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים, ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג - 1973.
- 2.32 **"אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) יחשב כאשפוז לכל דבר.

- 2.33 **"נותן שרות שבהסכם"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים ביום מתן השירות הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מנספחי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 2.34 **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשו החוקיים של המבוטח.
- 2.35 **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 2.36 **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 2.37 **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; אשר במועד תחילת ההסכם הוכר על ידי שר הבריאות לרבות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 2.38 **"שירותי בריאות נוספים (שב"ן)"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.39 **"יועצים"** - יועצים לביטוח בריאות זה אשר נבחרו ע"י בעל הפוליסה להעניק שירותי ייעוץ וליוויו לבעל הפוליסה ולמבוטחים, כאמור בסעיף להלן. יועצי הביטוח שנבחרו ללוות הסכם זה הינם עו"ד דינה ברס וד"ר בועז ים ו/או מי שיבחר מעת לעת ע"י בעל הפוליסה.
- 2.40 **"סוכנות הביטוח/הסוכנות"** - מבטח סימון סוכנויות לביטוח בע"מ.
- 2.41 **"חוק הנכים"** - חוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ט - 1959.
- 2.42 **"נכות מוכרת"** - פרושה נכות שהוכרה על פי חוק הנכים.
- 2.43 **"רשימת המבוטחים"** - רשימת עובדי הארגון אשר צורפו באופן אובליגטורי, תועבר ע"י בעל הפוליסה. רשימת המבוטחים אשר הצטרפו לביטוח שעל פי פוליסה זו בהליכים אשר נקבעו בפוליסה יועברו למבטח ע"י הסוכנות כמוגדר בס' 2.40.

3 מהות הביטוח

הסכם ביטוח זה יהא מורכב משני רבדים כדלהלן:

רובד חובה - כיסוי ע"פ נספחים א' - ג'.

רובד זה יחול על כל עובדי הארגון שיפורטו ברשימת המבוטחים, שאינם נכי צה"ל אובליגטורית ואוטומטית. דמי הביטוח עבורם ישולמו ויועברו למבטח במרוכז עבור כל עובדי הארגון המבוטחים באמצעות הארגון.

חבר הארגון ו/או עובד הארגון יוכלו לצרף לרובד זה גם את בני משפחתם; דמי הביטוח בגין בני משפחה יהא על חשבון חבר/עובד הארגון או ע"י בן המשפחה עצמו. דמי ביטוח אלו ישולמו ע"י העובד/חבר הארגון או בן המשפחה עצמו באמצעות אמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי או הוראת קבע).

רובד רשות (וולונטארי) – כיסוי ע"פ נספחים ד'–ט'.

רובד זה יחול רק על חברי ארגון ועובדיו, אשר יחפצו להצטרף אליו הם ו/או בני משפחותיהם. דמי הביטוח עבור רובד זה ישולמו על ידי חבר הארגון או עובד הארגון או ע"י בן המשפחה עצמו עבורו ו/או עבור בני משפחתו אם צורפו, באמצעות אמצעי גביה אישי (כרטיס אשראי או הוראת קבע).

לא ניתן לצרף בני משפחה לרובד הרשות אלא אם צורפו לרובד החובה.

את הכיסוי נספחים ד' – ח ניתן לרכוש אך ורק כיחידה אחת.

את הכיסוי ע"פ נספח ט' ניתן לרכוש רק לאחר רכישת נספחים ד' – ח'.

הערות	הכיסוי – רובד חובה	נספח
רובד חובה	ביטוח להשתלת איברים בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	א
רובד חובה	ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	ב
רובד חובה	טכנולוגיות רפואיות	ג

הערות	הכיסוי – רובד רשות	נספח
רובד רשות - וולונטארי	ניתוחים פרטיים בארץ כולל חליפי ניתוח ושירותים נילויים	ד'
רובד רשות - וולונטארי	ניתוחים פרטיים בארץ- מסלול UPGRADE (שב"ן)	ה'
רובד רשות - וולונטארי	ניתוחים פרטיים בחו"ל	ו'
רובד רשות וולונטארי	הוצאות אמבולטוריות/בדיקות הריון	ז'
רובד רשות וולונטארי	כתבי שירות לרבות רפואה משלימה	ח'
רובד רשות וולונטארי	כיסוי למחלות קשות	ט'

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח הינה 60 חודשים (חמש שנים), שתחילתם במועד תחילת ההסכם ב-01/05/2008 והיא תסתיים ביום 30/04/2013, להלן: "תקופת ההסכם הראשונה". תקופת ההסכם חודשה אוטומטית בהסכמת הצדדים לתקופה נוספת, החל מיום 1.5.2013 ועד ליום 30.4.2023.
- 4.2 הביטוח יתחדש אוטומטית לתקופות נוספות בנות 36 חודשים כל אחת, להלן: "התקופות הנוספות". אלא אם הודיע אחד הצדדים למשנהו בכתב לפחות 120 יום לפני תום תקופת ההסכם הראשונה על רצונו שלא לחדשו, במקרה כזה, ישמרו למבוטחים במועד זה המשכיות ורצף ביטוחי כקבוע בסעיף 8 שלהלן.
- 4.3 על אף האמור לעיל, בעל הפוליסה יוכל בכל עת מכל סיבה שהיא בהודעה מוקדמת בכתב בת 120 ימים, לבקש לסיים הסכם זה. במקרה כזה, ישמרו לכל המבוטחים במועד זה המשכיות ורצף ביטוחי כקבוע בסעיף 8 שלהלן.
- 4.4 מובהר כי תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח תהא מהמועד הקובע לגבי אותו מבוטח ועד לתום תקופת הביטוח הראשונה או עד תום תקופת הביטוח הנוספות, אם תהיינה, או עד לסיום הסכם זה כאמור בסעיף 4.3 לעיל.

5.1 ההצטרפות לביטוח הינה כדלקמן:

- 5.1.1 **עובד ארגון שאינו נכה צה"ל** - מי שהינו עובד ארגון ואינו נכה צה"ל במועד תחילת הסכם זה וקיבל את אישור בעל הפוליסה לצירופו לביטוח על פי הקריטריונים שיקבעו על ידי בעל הפוליסה כאמור בסעיף 2.5 להסכם זה. יצורף לביטוח שעל פי רובד החובה אוטומטית ובאופן אוברגטורי החל ממועד תחילת ההסכם, ובתנאי ששמו נכלל ברשימת המבוטחים הראשונה אשר תועבר למבטח באמצעות הארגון. במידה ושמו לא ימצא ברשימה שהועברה, יהא אותו עובד מבוטח, אם יוצגו למבטח ראיות לפיהן היה הנ"ל זכאי להיות עובד הארגון במועד תחילת ההסכם ולהיות כלול ברשימת המבוטחים. ההצטרפות תעשה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובחיתום בכפוף לאמור בסעיף 6 להלן.
- 5.1.2 **לא תהא הגבלת גיל לגבי צירוף עובד ארגון** שאינו נכה צה"ל לרובד החובה שעל פי פוליסה זו.
- 5.1.3 **הצטרפות חבר ארגון או עובד ארגון שאינו נכה צה"ל לרובד הרשות מותנית במילוי הצהרת בריאות מקוצרת ובחיתום רפואי מקל, בהתאם לנספחים 2,3.** ההצטרפות לרובד זה ע"י חברי הארגון או עובדיו תוגבל לגיל 76 במועד הקובע.
- 5.1.4 **עובד ארגון חדש שאינו נכה צה"ל** - הצטרפות עובדים חדשים לרובד החובה אשר בעל הפוליסה יאשר צירופם כאמור בהתאם להגדרת "עובד" בסעיף 2.5 להסכם זה תהא באופן מידי ואוטומאטי עם צירופם לרשימת המבוטחים שתועבר על ידי בעל הפוליסה למבטח, וזאת ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום ובכפוף לאמור בסעיף 6 להלן. ההצטרפות תיכנס לתוקפה באופן מידי ואוטומאטי עם צירופם לרשימת המבוטחים שתועבר על ידי בעל הפוליסה למבטח החל מהתאריך שייצוין ברשימת המבוטחים.
- 5.1.5 חבר ארגון ו/או עובד ארגון שאינו נכה צה"ל, או בן משפחה המבוטח על פי פוליסה זו אשר יבקש מרצונו לבטל את ביטוחו על פי פוליסה זו, יהא רשאי לעשות זאת בכל עת.
- עובד ארגון שאינו נכה צה"ל, יבוטל הביטוח בגינו עם תום יחסי עובד ומעביד בינו לבין הארגון. ואם צורפו על ידו בני משפחה יבוטל גם ביטוחם.
- אולם עובד ארגון, אשר יפרוש לגמלאות, יוכל במידה וירצה להמשיך בביטוח זה, הוא ובני משפחתו, עפ"י הסדר מיוחד בין הארגון לבין המבטח לפיו המבוטח יממן את דמי הביטוח הקבועים על פי פוליסה זו, ויעבירם באמצעות בעל הפוליסה למבטח.
- 5.1.6 **בני משפחה** - הצטרפות בני/ות זוג וילדים ובני זוגם של הילדים וילדיהם הן לרובד החובה והן לרובד הרשות, הינה וולונטרית. והיא תותנה במילוי הצהרת בריאות מקוצרת ובחיתום מקל ותוגבל לגיל 76 במועד הקובע. תינוק שיוולד לחבר ארגון או לעובד ארגון או לבניהם או לבנותיהם וילדיהם המבוטחים על פי פוליסה זו במהלך תקופת הביטוח יוכל להצטרף לביטוח החל מ- 15 ימים לאחר לידתו, וזאת על פי בקשת הוריו אשר ימציאו תעודת שחרור מבית החולים, צירוף זה יותנה במילוי הצהרת בריאות ובהליך של חיתום רפואי.

- 5.1.7 **יודגש כי למצטרפים על פי פוליסה זו, אשר רכשו הרחבה לביטוח סיעודי בפוליסה הקבוצתית של הארגון להלן: "פוליסת הסיעוד", אצל המבטח יהיו פטורים ממתן הצהרת בריאות בעת הצטרפותם לפוליסה זו.**
- 5.1.8 **ילדים בוגרים** (מעל גיל 25) ובני/בנות זוגם וילדיהם, יוכלו להצטרף וולונטרית להסכם זה, אולם הצטרפותם תותנה בחתימה על הצהרת בריאות מקוצרת ובחיתום רפואי מקל.
- 5.1.9 **לא ניתן לצרף בני משפחה אם חבר הארגון או עובדו אינם מבוטחים בביטוח זה. לא ניתן לצרף לביטוח זה ילדי ילד/ים בוגר/ים (נכד/ים) ללא צירוף הוריהם.**
- 5.2 מובהר ולמען הסר כל ספק כי הצטרפות מבוטחים לכיסויים נוספים המוגדרים ככיסויי רשות (וולונטרי), תותנה במילוי הצהרת בריאות מקוצרת על פי הנוסח שיוסכם בין הארגון לבין המבטח, ויצורף להסכם זה ובהגבלת גיל כאמור לעיל.
- 5.3 יום תחילת הביטוח על פי ביטוח זה הוא כמוגדר כמועד הקובע בסעיף 2.12 שדלעיל.
- 5.4 המועד הקובע לגבי רובד החובה לפי הסכם זה לגבי עובדי ארגון חדשים שאינם נכי צה"ל הינו יום תחילת עבודתם בארגון ו/או כל מועד אחר לפי הודעת בעל הפוליסה, כאמור בסעיף 5.1.4 לעיל המאוחר מבין השניים. המועד הקובע לרבדים נוספים או לבני משפחה לגבי הרובד/ים אליו/הם הצטרפו, יהא המועד בו הצטרפו לאותו רובד ולאחר סיום הליכי החיתום ואישור קבלתם לביטוח בכתב ע"י המבטח.
- 5.5 **המשך הביטוח במקרה הגיע הילד המבוטח לגיל 25** - הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת הסכם זה לגיל 25, ימשיך הביטוח בגינו תמורת תשלום דמי ביטוח לילד בוגר כמפורט להלן.
- 5.5.1 ילדי חברי ארגון או ילדיהם של עובדי הארגון שנישאו יוכלו לצרף את בני/בנות זוגם לביטוח באופן וולונטרי תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט להלן.
- 5.5.2 ילדי הילדים (נכדי העובדים) יוכלו להצטרף לביטוח באופן וולונטרי תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט להלן.
- 5.6 **פוליסות בריאות קיימות** - מבוטח/ים על פי פוליסה זו שהיו מבוטח/ים, לפני צירופם לביטוח זה, בביטוח קבוצתי, או בביטוח פרטי אצל המבטח, יהיו רשאים להצטרף לכיסויים החופפים שעל פי ביטוח זה ברצף ביטוחי מלא וללא תקופות אכשרה (אם ישנן כאלה). כל חריג או מגבלה אם הוטלו עליו על פי הפוליסה הקיימת תיבחן מול תנאי קבלתו על פי הסכם זה. אם לא הוטלה עליו מגבלה בפוליסה הקיימת לא תחול עליו כל מגבלה גם על פי הסכם זה. אם הוטלה מגבלה תחול זו המיטיבה עם המבוטח. מבוטחי פוליסות בריאות כנ"ל בחברות אחרות, יהיו זכאים להצטרף לפוליסה זו ללא תקופת אכשרה.

6. חיתום רפואי

- 6.1 מוסכם כי כל חבר ארגון אשר יצטרף לרובד הרשות (וולונטארי), ייחשב כמי שעבר הליך חיתום רפואי, שתוצאותיו הנכות המוכרת כהגדרתה בסעיף 2.42 לעיל.

- 6.2 הסיבות הרפואיות כפי שפורטו בתיקו הרפואי של המבוטח לגבי הנכות המוכרת יהוו את תוצאות החיתום הרפואי בכל הנוגע לכיסויים הביטוחיים שברובד הרשות.
- 6.3 הנכות המוכרת הנ"ל של כל מבוטח חבר ארגון החמרתה, תוצאותיה הישירות יהוו סייג וחרגי לחבות המבטח אשר יחול על כל מבוטח, שהינו חבר ארגון כמפורט בתיקו הרפואי, כאמור בסעיף 6.2 לעיל, ויהא תקף למשך כל תקופת/ות הביטוח כקבוע בסעיף 4 לעיל, לגבי רובד הרשות.
- 6.4 האמור לעיל יחול גם על חבר ארגון חדש בהתאמה למועד צירופו לביטוח.
- 6.5 עובדי הארגון המצורפים אובליגטורית לרובד החובה לא יידרשו לתת הצהרת בריאות ולא יעברו חיתום רפואי ויחולו לגביהם כללי מצב רפואי קודם כקבוע להלן.
- 6.6 החיתום הרפואי לגבי חבר הארגון ו/או עובדי הארגון לגבי רובד הרשות, ולגבי בני משפחה של חברי/עובדי הארגון לגבי רובד החובה ו/או הרשות כמוגדרים לעיל, ייעשה לאחר שהנ"ל יחתמו על הצהרת בריאות, אשר נוסחה רצוף להסכם בטוח זה כחלק בלתי נפרד ממנו.
- 6.7 יודגש, על מנת למנוע כל ספק סביר, כי כל מבוטח ע"פ פוליסה זו יחתום על ויתור סודיות רפואית, ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל יהא הויתור כולל את כל תיקי הרפואיים במשרד הביטוח ו/או בכל רשות אשר בחזקתה מידע רפואי על מצב בריאותו הכללי ועל הנכות המוכרת של חברי הארגון.
- 6.8 חתימת המבוטח/ים ו/או המועמדים לביטוח על הרשאה לקבלת מידע רפואי (וס"ר) בגין מצב בריאותם, הוא תנאי מהותי למחויבות המבטח לפי פוליסה זו.

7. תום הביטוח והפסקתו

- 7.1 תום הביטוח עבור מבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- 7.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח.
- 7.1.2 היום האחרון לאחר עבור 60 חודש מתחילת ההסכם ו/או עם תום התקופות הנוספות כאמור בס' 4.2 ו/או בכל מועד אחר, על פי קביעת בעל הפוליסה, אם בעל הפוליסה מימש זכותו על פי סעיף 4.3 לעיל.
- 7.1.3 היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח למבטח בכתב בדבר רצונו בהפסקת ביטוחו על פי הסכם זה.
- 7.1.4 ביטול חברותו של חבר הארגון בארגון, בין ביוזמתו בין ביוזמת הארגון, ובין מסיבות אובייקטיביות (מוות, חו"ח) במקרה זה ייגרע שמו של חבר הארגון מרשימת המבוטחים לגבי רובד הרשות וכן שמו של בני משפחתו. למרות האמור לעיל, מובהר כי במקרה של פטירה, לא ייגרע שמו של בני משפחתו בכפיפות לאמור בסעיף 7.1.5 להלן.
- 7.1.5 נפטר חבר ארגון מבוטח, ימשך הביטוח של בני משפחתו אם צורפו על ידו למשך 36 חודשים נוספים. לאחר מועד זה יבוטל הביטוח לגבי בני המשפחה, אולם הם יהיו זכאים לפוליסת פרט אצל המבטח ברצף ביטוחי מלא ללא הצהרת בריאות וללא תקופות אכשרה כקבוע בסעיף ההמשכיות שלהלן.

- 7.1.6 מבוטח/חיים אשר במהלך תקופת הביטוח בעקבות החלטה על הורדה בדרגת נכותם לא יענו עוד על הגדרת נכה צה"ל הקבועה בפוליסה, ובעקבות הורדה זו לא יהיו זכאים להיות חברים בארגון ולכן לא יהיו זכאים להיות מבוטחים על פי פוליסה זו מיום הורדת דרגת נכותם כאמור. עם זאת יודגש, כי אם בהמשך התקופה יעלו בחזרה אחוזי הנכות של נכה צה"ל בעקבות ערעור שהתקבל, והוא יחפוץ להמשיך בביטוח זה יועברו למבטח על ידי המבטח הפרשים עבור התקופה הרלוונטית בה הוצא נכה צה"ל מהרשימות. אולם אם ההחלטה על הורדת דרגת הנכות הפכה לסופית ובהמשך יועלו אחוזי הנכות במסגרת ועדה רפואית חוזרת או בגלל שינוי תביעה הוגשה תביעה נוספת שהתקבלה, אם ירצה הנכה הוא יצורף מחדש להסדר הביטוח רק מיום העלאת דרגת הנכות ולא בדיעבד על פי פרק ההצטרפות.
- 7.1.7 מבוטחים כאמור בסעיף 7.1.6 לעיל, יהיו זכאים בתקופה בה הורדה דרגתם להמשיך להיות מבוטחים בביטוח זה תקופת ביטוח נוספת שמשכה עד 12 חודשים מיום שהורדה דרגת נכותם ובטלה זכאותם. וזאת בתנאי כי ישלמו את דמי הביטוח שעל פי פוליסה זו בהסדר מיוחד עם המבטח בהוראת בנק או בכרטיס אשראי.
- 7.1.8 אולם אם זכאותם המחודשת הוכרה בעקבות ועדה רפואית חוזרת ו/או תביעה נוספת שהתקבלה, ובתקופת ביטוח זכאותם באגף השיקום הם מימשו זכאותם להמשיך הביטוח על ידי תשלום למבטח, לא יהיו זכאים להחזר דמי הביטוח מבעל הפוליסה עבור אותה תקופה, וזכאותם המחודשת תהיה מיום העלאת דרגת הנכות המוכרת ואילך.
- 7.1.9 לאחר עבור 12 החודשים ממועד ביטול זכאותם לביטוח כאמור לעיל, יהיו מבוטחים אלה זכאים לביטוח פרט אצל המבטח ברצף ביטוחי מלא ללא הצהרת בריאות כקבוע בסעיף המשכיות שלהלן.
- 7.1.10 זכאות בני המשפחה לביטוח תהא מותנית בקיום הביטוח של חבר הארגון ותהא צמודה לזכאותו של חבר הארגון, והכללים הקבועים דלעיל החלים על חברי הארגון יחולו גם על בני המשפחה בהתאמה, כולל זכאותם להמשכיות בפוליסת פרט כקבוע להלן.
- 7.1.11 גירושין - צרף חבר/עובד ארגון את בני משפחתו לפוליסה ובמהלכה התגרש מבן/בת זוגו, יהא בן/בת הזוג, המבוטח/ת זכאי להמשיך ביטוחו במסגרת הפוליסה הקבוצתית ששה חודשים נוספים ממועד הגירושין, בתנאי כי יסדיר וישלם את דמי הביטוח הקבועים בהסדר עם המבטח בהוראת בנק או בכרטיס אשראי. סעיף זה יחול גם על גרוש, בן/בת או נכד/ה מבן בת זוגם. לאחר עבור תקופת ששת החודשים יהא זכאי להמשיך את הביטוח בפוליסת פרט ברצף ביטוחי מלא, ללא הצהרת בריאות וחיתום. כקבוע בתנאי המשכיות שלהלן.
- 7.2 המבטח ישלח למבוטחים הודעה בכתב בכל מקרה כמתואר לעיל על ביטול ההסכם, על סיבת הביטול ועל אפשרויות של המשכת הביטוח באילו תנאים ובאילו אמצעי גבייה. בוטל ההסכם לכל המבוטחים תישלח הודעה על תום ההסכם על ידי המבטח לכל אחד מהמבוטחים, בתיאום מלא עם בעל הפוליסה.
- 7.3 אין באמור בסעיף שדלעיל כדי לגרוע מחבותו של המבטח למקרי ביטוח אשר אירעו בפועל או שנקבע שיש לבצעם במהלך תקופת הביטוח, גם אם התביעה בגינם הוגשה לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות בדבר התיישנות התביעה.

8. המשכיות – רצף ביטוחי בתום הביטוח והפסקתו

ההמשכיות הנ"ל הינה בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח 2004/11 "ביטוח בריאות קבוצתי".

8.1 מבוטחים שתם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיפים שדלעיל, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.

8.2 **סיום ההסכם / ביטולו** – נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל חברת הביטוח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה הקולקטיבית בתקופת חברותו בארגון כולל רבדים וולונטריים, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. להסרת ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבוטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקולקטיבי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויזיע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.

8.3 אם חל בתקופת הפוליסה הקבוצתית האחרונה שינוי חקיקה, המעניק למבוטחים כיסוי הדומה לכיסוי הקיים בפוליסת ביטוח קבוצתי זו, תינתן פוליסת המשך כיסוי ביטוחי בעד הכיסוי שניתן בפוליסת הביטוח הקבוצתי שאינו ניתן מכוח החוק.

8.4 במידה ופוליסות המשך הפרטיות אצל המבטח לא יהיו זהות בסכומים או בתנאים, הצטרפות המבוטח אליהם, תעשה ללא הצהרת בריאות.

8.5 המבטח יציין בצמוד לסעיף "המשכיות" בפירוט המידע הניתן למבוטח בהתאם להוראות חוזר "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (2002/3), כי ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהא כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

9. מצב רפואי קודם

9.1 על פי סעיף 6 לעיל, הנכות המוכרת של כל חבר ארגון המבוטח על פי הסכם זה, תהווה את הבסיס לתנאי קבלתו לביטוח זה ותהווה את החריג לאחריות המבטח על פי רובד החובה ו/או רובד הרשות בהתאם לרובד/רבידים בהם בחר המבוטח.

9.2 על כל מצב רפואי קודם כמוגדר בביטוח זה של המבוטח בביטוח זה, **שאינו** מהווה את הנכות המוכרת, יחולו כללי מצב רפואי קודם.

תוקף החריג/ים יהא כדלהלן:

א. למבוטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח.

ב. למבוטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח.

למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבוטלו חריגי מצב רפואי קודם הנ"ל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.

אולם מודגש, כי חריגי מצב רפואי הנוגעים לנכות המוכרת של כל חברי הארגון המבוטחים ברובד הרשות כאמור בסעיף 6 לעיל לא יבוטלו, שכן הינם סייגים מפורשים אשר הוחרגו לכל חבר ארגון מבוטח על פי נכותו המוכרת למשך כל תקופת הביטוח כל עוד לא שונו על ידי המבטח.

10. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

10.1 בתחילת הביטוח תועבר למבטח רשימת המבוטחים כמוגדר לעיל, רשימה אלקטרונית במדיה אופטית, אם ניתן (כפי שיוסכם בין הצדדים) הכוללת את שמות עובדי הארגון שאינם נכי צה"ל שצורפו לביטוח על פי החלטת בעל הפוליסה. תאריכי לידתם, מספר תעודת הזהות שלהם, מינם, ודמי הביטוח החודשיים המשולמת בגינם על פי הסכם זה. הסוכנות תעביר את רשימות יתר המצטרפים בהתאם לתנאי הפוליסה.

10.2 לא יאוחר מ- 15 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה למבטח רשימה אלקטרונית עדכנית הכוללת את עובדי הארגון שאינם נכי צה"ל, שצורפו על ידו לרובד החובה לפי הסכם זה. המידע יימסר במדיה אופטית ו/או בדואר האלקטרוני, כפי שיוסכם בין הצדדים, הכוללת שיוניים (אם יהיו) בפרטים האישיים של המבוטחים שצורפו לביטוח עם תחילתו, וכן רשימה של מבוטחים עובדי ארגון כנ"ל שנגרעו ע"י בעל הפוליסה או מכל סיבה שהיא.

10.3 הסוכנות תעביר למבטח את טפסי ההצטרפות והצהרות בריאות של חברי ארגון, אשר הצטרפו לרובד הרשות, וכן את רשימת בני המשפחה אשר ביקשו להצטרף לרובד החובה, וכן את רשימת בני המשפחה אשר הצטרפו בנוסף לרובד הרשות. מבוטחים אלו נדרשים למלא הצהרת בריאות על פי הסכם זה ולעבור הליכי חיתום רפואי מיוחדים ומקלים ע"פ פרוטוקול חיתומי מקל כקבוע וכמצורף להסכם זה, והם ייחשבו כמבוטחים רק לאחר אישור המבטח בכתב לבטחם. אולם מוסכם כי במידה ויתקבלו לביטוח, ביטוחם יחול בהתאם למועד הקובע.

10.4 מוסכם כי אם תיפול טעות בשם או שמות מבוטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל, הם יוספו אליה לאחר ברור, אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד. מבוטחים כנ"ל ייהנו ממלוא הזכויות שעל פי תנאי פוליסה.

10.5 יודגש כי אחריות בעל הפוליסה תהה להעברת רשימת המבוטחים, אך ורק לגבי שמות ופרטי העובדים בארגון כמוגדר ברשימת המבוטחים לגבי רובד החובה בלבד, העברת המצטרפים האחרים תעשה על ידי הסוכנות ותהה באחריותה בלבד. מוסכם כי נתונים על מצטרפים לביטוח (או לרבדים מסוימים מהביטוח) יועברו למבטח לא יאוחר משלושה חודשים ממועד צירופם לביטוח.

11. דמי ביטוח

11.1 דמי הביטוח החודשיים בש"ח עבור כל מבטח בגין הביטוח על פי הסכם זה הינם כמפורט בנספח דמי הביטוח, בהתאמה לזהות המבוטח ובהתאם לרבדים בו הינו מבטח. דמי הביטוח החודשיים בגין רובד החובה, עבור עובד הארגון שאינו נכה צה"ל, ישולמו למבטח על ידי בעל הפוליסה. דמי הביטוח בגין רובדי הרשות המשלימים ישולמו למבטח על ידי חבר הארגון/עובד הארגון ו/או על ידי בן המשפחה (ולגבי בן משפחה - הן בגין רובד החובה והן בגין רובד הרשות) לפי העניין, באמצעי גביה אישי, הוראת בנק או כרטיס אשראי ובעל הפוליסה לא יהיה אחראי לתשלום דמי הביטוח כאמור.

מובהר כי המבטח לא יהא זכאי לכל תמורה ו/או תוספת תשלום כלשהי מעבר לדמי הביטוח המפורטים בהסכם זה. (למעט ההצמדה כקבוע).

11.2 גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח החודשיים יהיה על פי גילו כמוגדר בתנאי הפוליסה לעיל.

11.3 דמי הביטוח החודשיים יהיו על בסיס חודשי וישולמו למבטח בשיק או ע"י העברה בנקאית עד ה- 15 בכל חודש בגין החודש הקודם (להלן: "מועדי התשלום"). מועדי תשלום דמי ביטוח חודשיים אשר ישולמו למבטח ישירות על ידי המבוטח, באמצעות הוראת קבע או כרטיס אשראי, יהיו בהתאם לנהלים הקיימים אצל המבטח. על מנת למנוע כל ספק אפשרי, דמי הביטוח המשולמים על רובדי הרשות עבור עובד ארגון ו/או חבר ארגון ועל רובד החובה ו/או הרשות עבור בני המשפחה ישירות על ידי המבוטחים לא יהיו באחריות בעל הפוליסה.

11.4 בכל אחד ממועדי התשלום בתקופת ההסכם, יעביר בעל הפוליסה למבטח במועד התשלום את דמי הביטוח החודשיים עבור עובדי הארגון בגין רובד החובה, שהם דמי הביטוח החודשיים לפי סעיף 11.1 כפול מספר העובדים המבוטחים ברשימת המבוטחים כמוגדר לעיל.

12. פיגורים בתשלומים

12.1 לא קיבל המבטח את דמי הביטוח במועד, יודיע המבטח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה/למבוטח (לפי העניין) אשר אחראי לתשלום דמי הביטוח על פי סעיף 11 להסכם זה, כי לא שולמו דמי הביטוח החודשיים המוטלים עליו, וייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 120 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה. במהלך תקופת הארכה המפורטת, יישלח המבטח שתי תזכורות (בחלוף 30 יום ובחלוף 90 יום) לפחות בדבר החוב שלא שולם. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק. מועד הביטול יהא תום 60 היום שצוינו בהתראה.

12.2 לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 13.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה ו/או למבוטח (לפי העניין) אשר אחראי לתשלום דמי הביטוח שבפיגור על פי סעיף 11 להסכם זה, האפשרות, תוך 90 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח שלא שולמו

למבטח, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור, בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. מובהר כי במקרה כנ"ל יהא המבטח אחראי לכל מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת הפיגור.

12.3 אחרי עבור 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

13. תנאי הצמדה למדד

כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד, כמפורט להלן:

13.1 כל תשלומי המבטח על פי נספחי הכיסוי יוצמדו לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי (דהיינו, ההצמדה למדד תבוצע רק כאשר המדד הקובע גבוה מהמדד היסודי).

13.2 כל תשלומי דמי הביטוח הן שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח והן של המבוטחים, יוצמדו למדד הקובע לעומת המדד היסודי (דהיינו, ההצמדה למדד תבוצע בין אם המדד הקובע גבוה מהמדד היסודי ובין אם הנו נמוך ממנו).

13.3 לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא המאוחר מבין המועדים הבאים: המועד הנקוב בהמחאה או המועד שבו הגיעה ההמחאה למשרדי המבטח.

13.4 אם התשלום מבוצע בהעברה בנקאית - יום ביצוע התשלום יהא היום בו יועברו הכספים בפועל למבטח

14. תגמולי ביטוח

14.1 עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות שבהסכם או ישלם למבטח כנגד קבלות מקוריות, כמפורט להלן:

14.1.1 במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות תוך 3 ימי עבודה מקבלת דרישת נותן השירות, למעט במקרים דחופים (לרבות במקרה שקיים מועד קרוב לביצוע ניתוח), בהם תומצא ההתחייבות הכספית תוך יום עבודה אחד בלבד. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

14.1.2 במקרה של תשלום למבטח כנגד קבלות מקוריות, ישלם המבטח למבטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 7 ימי עבודה מיום קבלת הקבלות והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.

14.2 כאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בנספחי ההסכם, ובלבד שהמבוטח זכאי לקבלת תגמולי הביטוח על פי תנאי הפוליסה. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

- 14.3 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 14.4 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח. המציא המבוטח למבטח מסמך המוכיח את שער מטבע החוץ על פיו רכש את המטבע הנ"ל ו/או מסמך מחברת האשראי במידה ושי"לם בכרטיס אשראי, ישופה בש"ח בגין הוצאות אלו בהתאם לשער זה. אין בידי הוכחה לגובה השער, ישופה בהתאם לשער המכירה כאמור לעיל.
- 14.5 נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, עפ"י העניין.
- 14.6 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל נספח ו/או בנספחים לפי העניין.

15. תחלוף (סברוגציה)

- 15.1 מששילם המבטח תגמולי ביטוח ו/או המבוטח קיבל את השירות, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או חברותו בקופת חולים ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, למעט האמור להלן בס"ק 16.2. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לבקשת המבטח.
- 15.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלם את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 15.3 במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, מבלי שניתנה הסכמת המבטח לכך, בנוגע לשיפוי בגין מקרה הביטוח שקיבל המבוטח מצד שלישי ואשר שולם ע"י המבטח, ואשר חלות עליו הוראות סעיף 16.1 דלעיל, על המבוטח לפצות את המבטח בשל כך, עד גובה הפגיעה בזכותו.
- 15.4 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.
- 15.5 על אף האמור בסעיפים 16.1-16.4 לעיל, פיצוי המשולם על פי פוליסה זו או נספח מנספחיה או נספח או תנאי מתנאיה לא יחשב במסגרת הוראות סעיף זה ולמבטח לא תהא כל זכות תחלוף בנוגע לתשלומים אלו.
- 15.6 למרות האמור לעיל, לא תופעל זכות שיבוב כלפי בעל הפוליסה, קרוב משפחה או כל אדם אחר שמבוטח סביר לא היה תובע אותו.

16. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל נספחיהם

- 16.1 מקרה הביטוח התקיים ו/או אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או בתקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.

- 16.2 מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 16.3 חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 16.4 סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח, לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסויים הנזכר בהודעת המבוטח לעיל, למשך כל תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו.
- 16.5 המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח על פי אחד או יותר מנספחי הסכם זה ונספחיו אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע במישרין מ:
- 16.5.1 שירותו של המבוטח בצבא כשירות חובה, קבע או מילואים או במשטרה, או השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 16.5.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 16.5.3 השתתפות פעילה של המבוטח במעשה חבלה, עוון או פשע כהגדרתם בחוק הפלילי. על אף הקבוע בסעיף זה, הוא לא יחול על עברות על פי החוק הפלילי הנוגעות לתאונות דרכים.
- 16.5.4 אלוהליזם של המבוטח. אלוהליזם לעניין חריג זה, הנה התמכרות של המבוטח לשתיית משקאות משכרים באופן כרוני.
- 16.5.5 התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא, למעט ילדים אשר גילם נמוך מ- 24 שנים.
- 16.5.6 שימוש בסמים על ידי המבוטח, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.
- 16.5.7 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי (קבלת שכר על פעילותו הספורטיבית) תוך השתייכות לאגודת ספורט.

16.5.8	תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ו/או מחלה או תסמונת דומה שהיא מוטציה או וריאציה שלה – הידועה היום או שתתגלה או תאובחן בעתיד יהא שמה אשר יהא. לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV ולמעט אם אירעו כתוצאה מתרומת דם או מעירוי דם ומוצרי, אשר ניתנו למבוטח במהלך ניתוח רפואי במשך תקופת הביטוח.
16.5.9	קרינה רדיואקטיבית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.
16.5.10	לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ולמעט הפסקת הריון אשר אושרה על ידי הוועדה המאשרת מטעם משרד הבריאות.
16.5.11	טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים למטרת יופי ו/או אסתטיקה, למעט טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח ורופא מומחה מטעם המבוטח אישר קביעה זו, כדוגמת ניתוח שחזור שד אחרי כריתת שד או כל ניתוח שחזור אחר, צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה, ניתוח אף הקשור במערכת הנשימה, הקטנת חזה שסיבתה רפואית וכדומה.
16.5.12	טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים.
16.5.13	טיפול רפואי ו/או ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון, למעט טיפולים רפואיים הכלולים בפוליסה זו.
16.5.14	טיפול רפואי ו/או ניתוח ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום וועדת הלסינקי.

17. סייג לאחריות המבטח

המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או ע"י מעשה או מחדל של הנ"ל.

18. תקופת אכשרה

על רובד החובה שעל פי פוליסה זו לא תחול תקופת אכשרה. לגבי רובד הרשות תחול תקופת האכשרה אשר תצוין בכל נספח מנספחיה או מתנאיה של הפוליסה.

19. תביעות

19.1 בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה והמבוטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לממן ו/או לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים בהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם להוראות הסכם זה.

- 19.2 בקורת מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בנייתו או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המכוסה עפ"י ההסכם, יודיע על כך למבוטח באמצעות הסוכנות המטפלת ויקבל את אישורו בכתב תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לביטוח המבוטח במשרדי המבוטח, ובמקרה חירום תוך יום עבודה אחד לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המכוסים על פי הסכם זה. קבלת האישור יכול שתהא מראש או בדיעבד, על פי הנדרש בנספחי הסכם זה, ולפי העניין.
- 19.3 קבלת אישור המבוטח כאמור, מראש או בדיעבד, הוא תנאי לאחריות המבוטח על פי הסכם זה. אישור המבוטח לעניין זה משמעו אישור העובדה כי המבוטח אכן מבוטח במסגרת הסכם זה, כי מקרה הביטוח אכן מוגדר כמקרה ביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכי לא חל אף אחד מהחריגים העשויים לשלול את זכאותו של המבוטח.
- 19.4 הוגשה תביעה על ידי מבוטח שהינו חבר ארגון במסגרת רובד הרשות שעל פי פוליסה זו, אשר המבוטח יחליט לדחותה בטענה כי הינה באחריות משרד הביטוח על פי חוק הנכים בהיותה במסגרת הנכות המוכרת מחד, והיא תידחה מאידך, על ידי משרד הביטוח בטענה כי מקרה הביטוח אינו נוגע לנכות המוכרת והינה באחריות המבוטח, יכסה המבוטח את המקרה על פי תנאי ההסכם כל זאת על מנת שלא לעכב את ביצוע הטיפול הרפואי במבוטח שהינו חבר הארגון. לאחר מכן יחול סעיף 23 להלן. במידה ויוחלט על פי האמור בסעיף 23 להלן כי התביעה הינה באחריות משרד הביטוח, יחזיר משרד הביטוח למבוטח את כל תגמולי הביטוח ששילם המבוטח עבור תביעה זו.
- מובהר למען הסר ספק, כי המבוטח לא יידרש להשיב סכומים ששולמו לו או עבורו על ידי המבוטח.
- 19.5 על אף האמור לעיל, הוגשה תביעת מבוטח לכיסוי מקרה ביטוח על פי הסכם זה, למרות אי קבלת אישור המבוטח לכיסוי, כאמור לעיל, יהא המבוטח זכאי לכיסוי, באם היה מתבקש אישור המבוטח כנדרש, היה ניתן אישור זה.
- 19.6 אם בוצע טיפול רפואי עקב מצב חירום רפואי, שחייב טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמוע ממנו להודיע למבוטח מראש על כך, ידון המבוטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והתקבל אישור רפואי להיות הטיפול הרפואי חירום דחוף, בתנאי שהדבר הובא לידיעת המבוטח באמצעות הסוכנות המטפלת תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום שחרורו מבית החולים, למעט אם המבוטח היה מחוסר הכרה שאז ידווח על מקרה הביטוח תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום ששבה אליו הכרת ו/או ממועד שחרורו מבית החולים המאוחר בין השניים.
- 19.7 אם יידרש לכך על ידי המבוטח, המבוטח ימסור למבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבוטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 19.8 אם יידרש לכך על ידי המבוטח, המבוטח ימסור למבוטח את הפרטים המתחייבים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבוטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 19.9 אם יידרש לכך על ידי המבוטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא ו/או אחות ו/או מרפא בעיסוק מטעם המבוטח ועל חשבון המבוטח.

19.10 אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח לפי העניין, והכול כמפורט בסעיף לעיל.

19.11 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים בהם נשא, אלא אם נאמר מפורשות אחרת. יובהר כי במקרה של אובדן קבלות מקוריות, בכל מקום אשר הן נדרשות, יוכרו שחזורי קבלות אשר יונפקו על ידי נותן הקבלות המקוריות, בצירוף תצהיר המבוטח בדבר נסיבות אובדן הקבלות ואי שימוש בהן לצורך אחר כלשהו.

19.12 בתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוחים בחו"ל, השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל (בנספח א), אישר המבטח ביצוע הטיפול בחו"ל אזי:

19.12.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במקרים בהם נותן השירות ו/או הגורם המבצע אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.

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

19.12.2 במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. במידה וההשתלה תערך במקום שאינו מספק קבלות ינתן פיצוי כמפורט השתלות בישראל ובחו"ל שלהלן.

20. ועדת ערר

20.1 נדחתה תביעתו של מבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו באופן מלא או חלקי, מנימוקים רפואיים ו/או אחרים, למעט בגין סייג הנכות המוכרת, תימסר לו הודעה מנומקת על ידי המבטח, המפנה את תשומת ליבו לזכותו להגיש ערר לוועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה.

20.2 המבוטח יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית ו/או אחרת כפי שימצא לנכון או יתבקש ע"י הוועדה. כמו כן, הוועדה תאפשר למבוטח ו/או לבא כוחו להופיע בפניה.

20.3 המבטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידו, בין אם הועבר לידו על ידי המבוטח ובין אם הגיעו לידי שאלא באמצעות המבוטח.

20.4 וועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה בהתאם לתנאי הפוליסה.

20.5 החלטות ועדת הערר יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שיווין קולות תהיה לנציג בעל הפוליסה - יו"ר ארגון נכי צה"ל או מי שיקבע על ידו זכות הכרעה, והכרעתו תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור ותחייב את המבטח.

20.6 החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח.

20.7 אין בהחלטת ועדת הערר או בפנייה אליה, בכדי לפגוע בזכויות המבוטח לפנות לערכאות משפטיות לצורך בירור זכאותו עפ"י הפוליסה.

- 20.8 מוסכם בין הצדדים כי תביעות אשר הועברו להחלטתה של וועדת הערר, לא תחשבנה לעניין הפוליסה כתביעות תלויות, אלא כתביעות שנדחו, וזאת עד להחלטתה של הועדה בתביעה.
- 20.9 ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה תוך זמן סביר מהיום בו הוגשה אליה התביעה, אך לא יאוחר מ- 60 יום. במקרים דחופים תתכנס הועדה בהקדם האפשרי.
- 20.10 תקופת ההתדיינות בוועדת הערר לא תיכלל במניין תקופת ההתיישנות של תביעת מבוטח.
- 20.11 לעניין סעיף זה, "ועדת ערר" משמעה - ועדה המורכבת משלושה נציגים של בעל הפוליסה ומשלושה נציגים של המבטח, כאשר ארבעה - שהם שני נציגים מכל צד יהיו קוורום חוקי, ודרך פעולתה תוסדר בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח. מודגש כי לפחות אחד מהנציגים בוועדת הערר יהא רופא בהכשרתו ונציג נוסף אחד לפחות יהא משפטן בהכשרתו.

21. ועדת ערר מיוחדת

- 21.1 נדחתה תביעת מבוטח חבר ארגון הקשורה לרובד הרשות, בנימוק כי מקרה הביטוח הינו באחריות משרד הביטחון בגין סייג הנכות המוכרת, יועבר תוך 7 ימי עבודה, כל החומר לבדיקתו של רופא מוסמך, המוסכם על משרד הביטחון, הארגון והמבטח. להלן: "**הרופא המוסכם**". הליכי בחירת הרופא המוסכם הנ"ל ייקבעו בהסכם שיוגבש בין הצדדים. החלטת הרופא המוסכם תהא סופית ותכובד על ידי כל הצדדים.
- 21.2 לא הצליח הרופא המוסכם על הצדדים כאמור לעיל, לגבש החלטה, כי העניין שבמחלוקת חורג מתחום התמחותו ו/או ידיעתו, יובא הדבר בפני ועדת הערר המיוחדת, שהרכבה יהא נציג בעל הפוליסה, נציג משרד הביטחון ונציג המבטח, אשר תתכנס תוך עשרה ימי עבודה מיום קבלת ההודעה ותכריע בנושא. לא הגיעו חברי הועדה להסכמה משותפת תוך 14 ימי עבודה, ימונה ע"י בעל הפוליסה, ע"י משרד הביטחון וע"י המבטח רופא (להלן: "**הרופא הממונה**"), אליו יועבר כל החומר לצורך מתן ההכרעה, והכרעתו של הרופא הממונה בעניין תהא סופית.
- 21.3 בכל מקרה מודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, ינהג המבטח בכל מקרה ביטוח כאמור בסעיף 21.4 לעיל, על מנת שבכל מקרה לא ימנע מן המבוטח קבלת תגמולי הביטוח ע"פ פוליסה זו.
- 21.4 מודגש כי כל החלטה על פי סעיף זה הינה לצורך מקרה ביטוח הנוגע והנובע מתנאי פוליסה זו בלבד, וכי לא יהיה בה כדי לחייב את מי מהצדדים לנושא החורג מתנאי פוליסה זו.
- 21.5 עלות הרופא המוסכם ועלות הרופא הממונה תשולם ע"י המבטח.

22. מיסים היטלים ותשלומים

- 22.1 המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

22.2 המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

22.3 מוסכם ומובהר כי כל הוצאה או תשלום שלא הוטלו באופן מפורש על המבטח ו/או הארגון על פי הסכם זה יושתו על המבטח בלבד.

23. התיישנות התביעות

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

24. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל
אחריות המבטח מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין השתלות בחו"ל וניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל או בגין ניתוחים פרטיים בחו"ל (למי שבחר את רובד הרשות). יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

25. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח

אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם, אם ידרש.

אין בשינוי כלשהו לגרוע בדרך כלשהי טיפולים כלשהם, שכבר הוגשו בגינם פניות ו/או תביעות כלשהם.

26. כללי

26.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

26.2 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

26.3 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח: הראל חברה לביטוח בע"מ
כתובת: אבא הלל, 3 רמת גן

בעל הפוליסה: ארגון נכי צה"ל, רח' שמואל ברקאי 49, אפקה, תל-אביב

איש קשר: משה (מוץ) מטלון

26.4 כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

27. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

רובד חובה

נספח א' -

השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות נוספות שלהלן:

1.1 **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, קרנית וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב. השתלה תכלול גם השתלת או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר. מובהר, כי שימוש במכונת החייה ו/או תפעול כליה באמצעות דיאליזה ו/או השתלת קוצב לב ו/או השתלת מסתם לב ו/או שתל כמוגדר בס' 1.4 בנספח ג' (טכנולוגיות רפואיות) לא ייחשבו כהשתלה על פי הגדרה זו.

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

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

1.3 **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים בחו"ל או ניתוח/טיפול מיוחד בחו"ל הדרוש למבוטח להצלת חוש הראיה או השמיעה, אשר מתקיים לגביהם אחד מהתנאים האמורים בסעיפים 1.3.1 - 1.3.4 להלן:

1.3.1 לא ניתן לבצעם ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין להם טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.3.2 זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל ההמתנה עולה להיגרם החמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחיי המבוטח.

1.3.3 קיים בחו"ל ניסיון מוכח רב יותר (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד, מאשר בישראל.

1.3.4 הניתוח ו/או הטיפול המיוחד, דרוש למבוטח למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

טיפול חלופי לעניין סעיף זה הינו שנועד להשיג תוצאות רפואיות בשיעור הצלחה זהה לפחות לטיפול החלופי, ובלבד שאין בו לגרום למבוטח לנזק או לתופעות לוואי חמורות יותר.

2. מקרה ביטוח

- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל, כהגדרתה לעיל.
- 2.2 מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתו לעיל.

3. תנאי זכאות

- 3.1 **להשתלה** - המבטח יהיה חייב בכיסוי השתלה שמתקיימים בה כל התנאים המצטברים הבאים:
- 3.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.
- 3.1.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.
- 3.1.3 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
- 3.2 **לטיפול מיוחד בחו"ל** - המבטח יהיה חייב בכיסוי טיפול מיוחד בחו"ל שמתקיימים בו כל אחד מהתנאים המצטברים הבאים:
- 3.2.1 רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הרלוונטי, אשר הנו בדרג של מנהל או סגן מנהל מחלקה בבי"ח בישראל, קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.3 לעיל.
- 3.2.2 הטיפול המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני למטרות מחקר או חקירה או הינו טיפול לא קונבנציונאלי.
- 3.2.3 הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ו/או במדינת ישראל.

4. התחייבות המבטח

- בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה או בגין הטיפול המיוחד בחו"ל כמפורט להלן:
- 4.1 **להשתלה ו/או להשתלות במסלול שיפוי** - הוצאות כמפורט בסעיף 4.4 להלן, לביצוע השתלה במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם - שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת. במקרה של ביצוע ההשתלה על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות להשתלה יהא עד לסכום ההוצאות להשתלה המבוצעת באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד ל- 1,000,000 \$ (מיליון דולר) לכל השתלה, הגבוה מביניהם ובכפוף לאמור בס' 4.5.1 - 4.5.12 ולתקרות המפורטות בהם, אם וככל שקיימות תקרות.
- 4.2 **להשתלה ו/או השתלות במסלול פיצוי** - פיצוי חד פעמי בסך - 70,000 \$ לביצוע השתלת איברים בחו"ל, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, כל זאת כאשר חברת הביטוח לא השתתפה במימון עלות

ההשתלה, הפיצוי ישולם למבוטח בכפוף לאישור רופא מומחה בישראל בדבר הצורך בביצוע השתלה ואישור התביעה לפני צאתו לחו"ל לביצוע ההשתלה. במידה וההשתלה תבוצע בישראל ללא השתתפות המבוטח במימון עלות ההשתלה, למעט במקרה של השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית, יועמד הפיצוי על סך של 20,000 \$ בלבד. להסרת ספק מובהר בזאת, כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי על פי סעיף זה לא יחזיק לכל הוצאה אחרת המפורטת להלן ולעיל, המכוסה במקרה ביצוע ההשתלה במסלול שיפוי, כמפורט בסעיפים 4.1 ו-4.4, למעט תשלום גמלת ההחלמה המפורטת בסעיף 4.4.14 להלן.

4.3 **לטיפול מיוחד בחו"ל** - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים המהווים מקרה ביטוח אחד הינו 150,000 \$.

4.4 השיפוי כמוגדר בסעיפים 4.1, ו-4.4 לעיל יחזיק בגין הוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

4.4.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.4.2 הוצאות שהות לפני אשפוז להשתלה או לטיפול מיוחד - ללא הגבלה. בנוסף, תקופת אשפוז מרבית שלא תעלה על 365 ימים, בין אם האשפוז בוצע לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובין אם לאחר מכן.

4.4.3 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

4.4.4 שכר כל הצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח במהלך האשפוז;

4.4.5 בדיקות רפואיות בעת האשפוז;

4.4.6 שירותי מעבדה בעת האשפוז;

4.4.7 תרופות שניתנו למבוטח בעת האשפוז;

4.4.8 מימון איתור איבר להשתלה -

4.4.8.1 יכוסו כל הוצאות הרפואיות הנדרשות לביצוע השתלה, לרבות הוצאות הכרוכות באיתור תורם לרבות בדיקות מעבדה הקשורות באיתור התורם והשגת איבר להשתלה, כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם שאינם עולים על 30,000 \$ למבוטח ולמלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו, הוצאות רפואיות הכרוכות בקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ההשתלה. המימון יעשה כנגד הצגת קבלות מקוריות, וזאת מבלי להגביל את גובה הוצאות האחרות המפורטות לעיל ולהלן, אלא להוסיף עליהן.

4.4.8.2 הצגת קבלות מקוריות מגורמי תיווך המסייעים באיתור אברים ובהעברת תשלום ממקבל האיבר לתורם האיבר, יחשבו כהוצאות איתור איבר וישולמו על פי סעיף זה.

4.4.9 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הינו קטין), בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

4.4.10 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה - עד \$ 15,000.

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

4.4.11 הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל כהגדרתו לעיל, למבוטח ולמלווה אחד אך לא יותר מ- \$ 200 ליום (אם המבוטח הינו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים) עד לתקרה מרבית של \$ 45,000.

4.4.12 המשך טיפולים בארץ או בחו"ל, הנובעים מביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, או בקרה עליהם, עד לסך מרבי של \$ 25,000.

4.4.13 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר, חו"ח, כתוצאה מהשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל - בתיאום מראש עם המבטח.

4.4.14 **גמלת החלמה לאחר השתלה:**

4.4.14.1 במקרה של השתלה שבוצעה על פי נספח זה, (למעט השתלת קרנית), ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום על פי ביטוח זה, תשלום חודשי בסך 5,000 ₪ למשך התקופה המרבית של 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל וכל עוד המבוטח הינו בחיים. לילד תינתן מחצית מסכום הגמלה המפורטת לעיל.

4.4.14.2 מובהר, כי מבוטח אשר עבר השתלת מח עצם עצמית, יהא זכאי לקבלת הגמלה החודשית, בתנאי שהנו נמצא במצב של אובדן כושר עבודה וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית האמורה לעיל. אובדן כושר עבודה לעניין זה, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לחזור ולעסוק בתחום עיסוקו טרם ביצוע ההשתלה בפועל.

4.4.14.3 על אף האמור בסעיף 4.4.14.1, מבוטח אשר זכאי לגמלה המפורטת בסעיף 4.4.14.1 יהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי בגובה 96,000 ₪.

4.4.14.4 נפטר המבוטח, חו"ח, כתוצאה מביצוע ההשתלה, במהלך תקופת תשלום הגמלה, יהיו יורשיו החוקיים זכאים לקבלת יתרת תשלומי הגמלה המפורטים בסעיף 4.5.14.1 לעיל, בתשלום אחד, מיד לאחר פטירתו.

4.4.15 **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל** - עלות הבאת מנתח, לרבות שהות המנתח בארץ והוצאות טיסה - עד \$ 30,000 למקרה ביטוח אחד. להסרת ספק מובהר בזאת, כי עלות הבאת המנתח כוללת אך ורק את העלויות הכרוכות בהטסת המומחה לישראל וממנה ושהות המומחה בישראל, ולא את

עלויות שכרו או כל עלות אחרת הכרוכה בביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד, שתקריותיהם יקבעו על פי סעיפים 4.1 או 4.4, לפי העניין.

4.4.16 **המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד**, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, אשר אינו מסובסד ע"י קופת החולים של המבוטח מסגרת סל הבריאות - עד לתקרה של \$ 25,000. לא יהא כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות, שעל פי נספח ב'.

5. זכות עיון בהסכמי המבטח

במקרה וההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל בוצע/ה בחו"ל או במימון חלקי או מלא של המבוטח, למבוטח ו/או לבעל הפוליסה תהיה הזכות לעיין בהסכמים שיש למבטח עם ספקי השרות הרפואי הרלוונטי, כפי שיהיו מעת לעת, זאת על מנת לוודא שסכומי הכיסוי ו/או הפיצוי, להם זכאי המבוטח, עומדים בתנאי הסכם הביטוח.

6. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על נספח זה, לרבות סעיף 9 בפרק המבוא – תחולת חריג מצב רפואי קודם.

7. הכיסוי להשתלה על פי נספח זה יינתן בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח 2008 ולחוזר המפקח 1.1.2009.

נספח ב' –

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה הגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 **"רשימת התרופות המאושרות לשימוש"** – רשימת התרופות המופיעה בפרסום רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, הנכונה לתאריך הרשום במרשם.

1.2 **"תרופה"** – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א – 1981 אשר מטרתו לאבחן או לטפל או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע החמרה או הישנות או התפתחות של אותה מחלה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), אשר אינו נכלל בסל הבריאות הממלכתי, אך מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באיחוד האירופי, או בקנדה, או באוסטרליה או ביפן.

1.3 **"טיפול תרופתי"** – נטילת תרופה בישראל, באורח חד פעמי או מתמשך.

1.4 **"סל הבריאות הממלכתי"** – מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת.

1.5 **"בית מרקחת"** – מקום המורשה על פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור, כולל בית מרקחת הממוקם בבית חולים (להלן: "נותן השירות").

1.6 **"מרשם"** – מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי, קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על פי נספח זה יהא לכל תרופה בנפרד ובמינון למשך טיפול של עד חודש אחד בכל פעם.

1.7 **"מחיר מרבי מאושר"** – הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה לגבייה עבור תרופה ביום ביצוע התשלום ע"י המבוטח.

1.8 **"סכום השיפוי המרבי"** – גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבוטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי נספח זה, במהלך כל תקופת הביטוח.

2. מקרה הביטוח

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח שרופא מומחה מטעמו מחייב טיפול תרופתי באמצעות תרופה. תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי נספח זה, בגין רכישת תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי. או בגין תרופה אשר כלולה בסל הבריאות הממלכתי, אך אינה ממומנת למבוטח בשל התוויות התרופה שונה מיעודה הדרוש למבוטח (אך היא מאושרת לאותה התוויה או בהתוויה שונה מיעודה הדרוש למבוטח ע"פ המפורט להלן) וקופת החולים בה חבר המבוטח אינה נוהגת בפועל לשאת במלוא התשלום עבורו (בגין המחלה האמורה). כמו

כן, תכוסה תרופה המאושרת לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית למחלתו של המבוטח וכן, תרופות להתוויה שונה מיעודה הדרוש למבוטח ובלבד שהתקיים תנאי אחד מהתנאים הבאים:

2.1.1 התרופה נמצאת בהליכי הגשה או הוגשה לרשויות המוסמכות בארצות הברית לאישור בגין מחלתו של המבוטח.

2.1.2 הוצגו בפני המבטח לפחות שלושה פרסומים מדעיים מהעיתונות הרפואית, המוכיחים את יעילותה של התרופה למחלתו של המבוטח.

אם מדובר בתרופה שציבור החולים הפוטנציאלי בארה"ב לו היא עשויה לסייע קטן מ- 200,000 ו/או אין תמריץ כלכלי לרשום את התרופה לשימוש להתוויה נוספת.

3. התחייבות המבטח

3.1 המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי בסך 1,000,000 ₪ לכל תקופה בת 36 חודשים מיום תחילת ההסכם בכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

3.1.1 המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה וכנגד מרשם חתום ע"י רופא מומחה. מובהר, כי המבטח לא יחייב בתשלום תגמולי ביטוח אם לא אישר מראש למבוטח את רכישת התרופה.

3.1.2 המציא המבוטח למבטח מרשם לתרופה חתום ע"י רופא מומחה.

היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת תוכנית השב"ן (ביטוח משלים) בקופת החולים בה הוא חבר, ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח, בכפוף לאמור בסעיף 4.2 להלן.

3.2 הוצאות בגין טיפול תרופתי ישולמו על ידי המבטח כנגד קבלות מקוריות בלבד, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד. על אף האמור לעיל, במקרה של כיסוי על פי סעיף 3.2 לעיל, במקרים בהם על פי הוראות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בקופת החולים, הציג המבוטח את הקבלות המקוריות לקופת החולים ו/או לגורם אחר מטעמה, יהא המבוטח רשאי להציג למבטח העתק קבלות, בצירוף הסבר מפורט בדבר הגורם לו הוגשו הקבלות המקוריות והסכום שנתקבל מהגורם האחר.

3.3 לא יינתן כיסוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים אשר טרם נרכשו על ידי המבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן שירות לטיפולים תרופתיים עתידיים ו/או תרופות שנרכשו לאחר תקופת הביטוח.

3.4 תקרת סכום השיפוי בסך 1,000,000 ₪ תהא לכל תקופה בת 36 חודש מיום תחילת ההסכם.

3.5 סכום הכיסוי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום הכיסוי על פי המחיר המרבי לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום הכיסוי על פי המחיר המרבי לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.

4. השתתפות עצמית

- 4.1 המבוטח ישא בהשתתפות עצמית בסך 150 ₪ למרשם תרופתי, אך לא יותר מ- 450 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים ששיציג המבוטח בגין אותו החודש.
- 4.2 היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת ביטוח משלים בקופת החולים בה הוא חבר ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח בניכוי 150 ₪.

5. חריגים מיוחדים לנספח זה:

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, נספח זה אינו מכסה תרופה לטיפול במחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS). אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי סעיף 17.6.8 בחלק הכללי.

6. חריג מצב רפואי קודם:

לא יכוסה טיפול תרופתי המטפל במצב רפואי של המבוטח, אם בעת הצטרפותו של המבוטח טופל בטיפול התרופתי הנדרש. מובהר בזאת, כי במידה ובמועד הצטרפות לביטוח סבל המבוטח ממצב רפואי קודם, אך במהלך תקופת הביטוח נדרש הטיפול בשל החמרה במצב הרפואי (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים), יכוסה הטיפול. למען הסר ספק – ליקוי בריאותי אשר השפעתו על קרות מקרה הביטוח עקיפה ו/או תלויה בהתקיימות נסיבות נוספות, לא יוחרג, ומקרה הביטוח יכוסה. הגדרת החריג הנ"ל בדבר מצב רפואי קודם, מיטיבה עם המבוטחים.

יודגש – כי במידה ויפורסמו תקנות המפקח על הביטוח הנוגעות להגדרת תרופה, תותאם ההגדרה שדלעיל, באופן המיטיב עם המבוטחים ללא תוספת דמי ביטוח כלשהן.

נספח ג' –

כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 **טכנולוגיות רפואיות** – הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה כמוגדר להלן, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שיהיו בעתיד. טכנולוגיות כנ"ל אינן רפואיות מסוגים שונים בכללם עזרים ניתוחיים ואחרים, שתל"ים כמוגדר להלן ומשתלים מיוחדים. ערכות (קיימים) ייחודים של איברים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לאו (כגון PERCLOSE או HEART PORT וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח.

כן, יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואליות/הבאה/ות כאבחון או כטיפול כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: MRI, C.T, PET, US.

מוסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל מטרתם להציל חיים או להאריך חיים או לשפר משמעותית את איכות ההליך הניתוחי המתבצע במבוטח במהלך הניתוח או כהכנה או לאחריו, כתוצאה מאירוע תאונתי ו/או כתוצאה ממחלה פעילה כמוגדר להלן, והינו נזקק בשל כך לשימוש באמצעות הטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל אשר ביצועם ייעודי להכנה לניתוח, במהלכו או לאחריו.

על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כל המתואר לעיל, מותנה בקיומם של כל התנאים המצטברים בהגדרת מקרה ביטוח שעל פי נספח זה להלן.

כמו כן מודגש, כי במסגרת ההגדרה הנ"ל לא יהיו כלולים ולא יכוסו הוצאות הניתוח עצמו וכן חליפי ניתוח כמוגדר להלן, אלא אם רכש המבוטח נספח מיוחד לכיסוי ניתוח/ים ושירותים רפואיים נלווים לניתוחים, הכולל גם כיסוי בגין חליפי ניתוח. במקרה כזה יכוסו הוצאות אלה על פי הנספח המיוחד שנרכש.

1.2 **תרופה** – חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א – 1981 אשר מטרתו לאבחן או לטפל או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים, אשר מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש בישראל כמוגדר בסעיף 1.2 בנספח ב' לעיל ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות באיחוד האירופי.

1.3 **ניתוח** – פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE PROCEDURE) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות גל קול, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צינתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה וכדומה בכל שיטה.

- 1.4 **שתל** - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, ממפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, נספח ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטאלי ושתל במהלך ההשתלה.
- 1.5 **מחלה פעילה** - כל אירוע מחלתי בין אם הינו חדש ובלתי צפוי ובין אם הינו מחלה כרונית מתמשכת אשר התלקחה והדורשת טיפול רפואי.
- 1.6 **טיפול חלופי לניתוח** - טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.
- 1.7 **תאונה** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלה כוח פסי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח.

כל ההגדרות שלעיל במידה והינן כלולות ונוגעות לפרוצדורות רפואיות נוסח באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 2004/20 "הגדרת של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות".

2. **מקרה הביטוח:**

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב **ביצוע ניתוח** בגין תאונה או מחלה פעילה כמוגדר לעיל, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, בתנאי כי התקיימו **כל** התנאים הבאים **במצטבר**:

- רופא בתחום הרלוונטי קבע, עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את השימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.
- אין הטכנולוגיה הנ"ל מהווה תרופה מכל מין וסוג שהוא כמוגדר לעיל, לרבות טיפולים כימותרפיים, בין אם הנה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו. משתל או שתל המפריש תרופה לא יוגדר כתרופה עפ"י נספח זה.
- אין היא כוללת איבר טבעי או מלאכותי מכל מין או סוג שהוא שיעדו להיות מושתל במבוטח או להיות חליף של איבר שתפקידו לפעול במקום האיבר אשר הפסיק לפעול או נכשל בפעילותו, בהתאם לכיסוי על פי נספח ההשתלות.
- אין היא קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.
- אין מטרתה קוסמטית או אסתטית.
- אין היא קשורה למצב נפשי או למחלת נפש או למצב פסיכטי או לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכולוגי.
- אין היא קשורה לטיפול גריאטרי.
- אין הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר ע"י הרשויות המתאימות בישראל.
- אין היא מהווה טיפול או אבחון או פעולה שמטרתה מניעתית מכל סוג שהוא ובכלל זה אינה בגלל מצב תורשתי מכל מין וסוג שהוא.

- אינה מהווה פיתוח ביוטכנולוגי הנוגע בשכפול גנים או לשפעול גנים או להחלפה או לטיפול בגנים או להזרקת תאים עובריים לאיברים שונים.
- הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל בוצעה בישראל בלבד.
- הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל אינה טיפול מתחום הרפואה המשלימה.

3. התחייבות המבטח:

- 3.1 בקורת מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח שעל פי נספח זה עד לתקרת סכום השיפוי המרבי בסך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה וביטוח כמפורט להלן:
- 3.1.1 **לשתל** עד לסך של 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ- 150,000 ₪ לכל תקופת טיפול.
- 3.1.2 **להדמיה או לבדיקה/ות** עד 15,000 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ- 100,000 ₪ לכל תקופת טיפול.
- 3.3.3 **לכל הליך או פעולה אחרים** המוגדר לעיל כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד, סך של 15,000 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ- 100,000 ₪ לכל תקופת טיפול. בסך הכול לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

- 3.2 **תקופת טיפול משמעה** - תקופה בת 60 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבוטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה, (להלן "תקופת הטיפול הראשונה") והיא תחודש למשך כל 60 חודשים אך לא יותר מתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הטיפול הראשונה יחודש גם סכום השיפוי לאותו מבוטח בסך 350,000 ₪ לתקופות טיפול נוספות בתנאי וכל עוד נמשכת תקופת הביטוח.

4. תקופת אכשרה

- למקרה ביטוח על פי נספח זה תקופת אכשרה בת 90 ימים מיום תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח.

5. עדכון הנספח

- למבטח תהא הזכות להתאים נספח זה, הן את תנאיו והן את עלותו וזאת, בנוסף להתאמת דמי הביטוח הקבועים בתנאים הכלליים של פוליסה זו וזאת בהתאם לסעיף 9.7 לתנאים הכלליים בפוליסה.

6. כפל כיסוי

- 6.1 היה למבוטח כיסוי נוסף למקרה ביטוח המוגדר כטכנולוגיה רפואית בנספח זה הכלול גם בנספח אחר בפוליסה זו, בין אם הכיסוי הינו חלקי ובין אם הינו מלא, יהא זכאי לשיפוי עד לגבול האחריות הקבוע בכל אחד מהנספחים, אך לא יותר מעלות הוצאותיו בפועל בגין אותו מקרה ביטוח.

- 6.2 הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבוטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהאדם השלישי שיפוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל עפ"י פוליסה זו. קיבל המבוטח מהאדם השלישי או עפ"י חוק שיפוי שהיה מגיע לו, יהא עליו להעבירו למבוטח.
- 6.3 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.
- 6.4 בוטחו מקרי הביטוח על פי נספח זה, כולם או מקצתם אצל יותר ממבוטח אחד ו/או כשירות ביטוח נוסף באחת מקופות החולים לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבוטח בכתב מייד לאחר שנעשה ביטוח הכפל. עלה סך תגמולי הביטוח להם זכאי מבוטח בגין מקרה ביטוח המכוסה עפ"י כל פוליסות הביטוח ו/או הסכם השב"ן על הוצאות בפועל שהוציא המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח, יהא המבוטח רשאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח עפ"י נספח זה בהעברת זכויותיו של המבוטח עפ"י הפוליסות האחרות ו/או ההסכמים למבוטח לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקו היחסי של המבוטח בהוצאות המכוסות שהוצאו בפועל וזאת, בכפוף להוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח.

7. חריגים
כל החריגים הכלליים המפורטים בסעיף 17 על סעיפי המשנה שבו יחולו גם על נספח זה.

רובד רשות

נספח ד' -

ביטוח מורחב לניתוחים פרטיים בישראל, ושירותים רפואיים נלווים לניתוחים (השירותים המפורטים בנספח זה)

- 1. הגדרות**
בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:
- 1.1 **"מנתח"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
 - 1.2 **"מנתח הסכם"** - מנתח כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל, אשר בהסכם עם המבטח ושמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת. הרשימה תהא זהה לרשימת מנתחי ההסכם הקיימת בפוליסת הפרט הטובה ביותר הקיימת אצל המבטח.
 - 1.3 **"מנתח אחר"** - מנתח כמוגדר בסעיף 1.1 לעיל אשר אינו מנתח הסכם כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל.
 - 1.4 **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
 - 1.5 **"יעוץ לפני ניתוח"** - ייעוץ עם רופא מומחה, הניתן למבטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
 - 1.6 **"חדר ניתוח"** - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות חדרי ניתוח של קופות החולים.
 - 1.7 **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.
 - 1.8 **"נותן שירות"** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים במועד התביעה הסכם למתן שירות רפואי, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות בגין שירות שיינתן למבטח, תשלום ישירות ע"י המבטח.
 - 1.9 **"שתל"** - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, ממפרק מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפורשי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, נספח ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה.
 - 1.10 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדיריתית (INVASIVE PROCEDURE) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או בפגיעה ו/או לתיקון פגם או עיוות של המבטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה

המתבצעת באמצעות קרן לייזר, או באמצעות גלי קול לאבחון או לטיפול, וכן הראית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופיות, ביופסיה, צנתור, אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כליה או מרה וכדומה בכל שיטה.

1.11 **"טיפול חלופי לניתוח"** - טיפול רפואי שאיננו ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

1.12 **"הוצאות אשפוז"** - הוצאות בגין שהייה בבית החולים בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת, הקשורה ישירות לניתוח ואשר החיוב בגינה נעשה ע"י בית החולים.

1.13 **"הוצאות חדר ניתוח"** - כל הוצאה הנדרשת עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לפי חיוב של בית החולים.

1.14 **"מחלה פעילה"** - כל אירוע מחלתי, בין אם הוא חדש ובלתי צפוי, ובין אם הוא מחלה כרונית מתמשכת אשר התלקחה ודורשת טפול רפואי.

הגדרות שדלעיל הנוגעים לפרוצדורות רפואיות נוסחו באופן המיטיב עם המבוטח ביחס כל להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004: הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

2. מקרה הביטוח

ביצוע ניתוח או שירות רפואי נילוה לניתוח או טיפול חלופי לניתוח.

3. התחייבות המבטח

בקרות מקרה ביטוח יכסה המבטח את המבוטח באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות שימציא לו המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, אשר הוצאו בפועל בגין ניתוח המכוסה על פי תנאי הסכם זה, עד לתקרת הכיסוי המפורטות להלן:

3.1 התייעצות עם רופאים מומחים לפני ניתוח:

3.1.1 המבוטח יהיה זכאי **לעד שתי** התייעצויות לפני ניתוח עם הרופא המנתח ו/או רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי (לרבות רופא מרדים, כמפורט בסעיף 3.1.2 להלן), כשאחת מהן עם המנתח שביצע בפועל את הניתוח. אם המנתח שביצע בפועל את הניתוח הינו מנתח ההסכם, ההתייעצות עימו תהא ללא תקרה כספית. אם המנתח שביצע בפועל את הניתוח אינו מנתח ההסכם, ההתייעצות עימו תהא עד תקרת כיסוי בגובה 800 ש"ח. בכל מקרה, להתייעצות השנייה תהא תקרת כיסוי בגובה 800 ש"ח.

3.1.2 המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני ניתוח, מתוך שתי ההתייעצויות המפורטות בסוף 3.1.1 עם רופא מרדים. תקרת הכיסוי להתייעצות - עד 800 ש"ח או עד תקרת הסכום המשולמת לרופא ההסכם בגין התייעצות, הסכום הגבוה מביניהם. יובהר כי התייעצות לפני ניתוח עם רופא מרדים תחשב כאחת ההתייעצויות המכוסות על פי סעיף 3.1.1 לעיל.

3.1.3 אם כתוצאה מאחת ההתייעצויות כמפורט בסעיף 3.1.1. לעיל הוחלט שלא לבצע את הניתוח, או לעכב את ביצועו של הניתוח יוחזרו למבוטח

ההוצאות שהוציא בגין ההתייעצויות ולא יותר מתקרת השיפוי כמפורט בסעיף 3.1.1. לעיל בגין כל התייעצות.

3.1.4 בנוסף, זכאי המבוטח להתייעצות אחת אחרי הניתוח עם רופא שביצע בפועל את הניתוח - אצל מנתח הסכם - שיפוי מלא; אצל מנתח אחר, שיפוי בגובה ההוצאה בפועל אך לא יותר מתקרת כיסוי בגובה 800 ₪.

3.2 שכר מנתח

3.2.1 שכר מנתח הסכם - ישולם במלואו ישירות אליו. בביצוע ניתוח מורכב בו נוטלים חלק יותר ממנתח אחד ישולם שכר המנתח לכל אחד מהם בנפרד.

3.2.2 שכר מנתח אחר - שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מהסכום הגבוה ביותר שהיה משולם עבור ניתוח דומה למנתח ההסכם היקר ביותר מבין מנתחי ההסכם של המבוטח.

3.3 שכר רופא מרדים

3.3.1 שכר מרדים שבהסכם - ישולם **במלואו** ישירות אליו.

3.3.2 שכר מרדים אחר - שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מהסכום הגבוה ביותר שהיה משולם עבור הרדמה בנייתוח דומה למרדים באותו הדרג של המרדים אשר ביצע את ההרדמה בפועל.

3.4 **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל.

3.5 **הוצאות אשפוז** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל.

3.6 **בדיקה פתולוגית** - תשולם ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל בגין הבדיקה.

3.7 **שכר אח/ות לאחר ניתוח** - ישולם סכום שלא יעלה על 500 ₪ ליום ועד ל- 8 ימי אשפוז.

3.8 **שתל** - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח נעשה שימוש בשתל כמוגדר לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגובה ההוצאה שהוצאה על ידו בפועל עבור השתל. תקרת הכיסוי לעלות הכוללת לכל השתלים בגין מקרה ביטוח אחד תהא כקבוע בסעיף טכנולוגיות רפואיות.

3.9 **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח** - המבטח יחזיר למבוטח הוצאות העברה באמבולנס ו/או היטס אווירי בתחומי ישראל, על פי צורך רפואי בלבד, עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום בגין שירות זהה לשירות שניתן למבוטח.

3.10 **פיזיותרפיה בעת האשפוז** - כיסוי מלא ללא תקרה.

3.11 בדיקות הדמיה המוגדרות והכלולות בהגדרת טכנולוגיות רפואיות (כדוגמת PET, C.T., U.S. או M.R.I או הדמיה וירטואלית) המבוצעות במהלך האשפוז -
בוצעה במבטח בדיקות הדמיה, במהלך אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח או לאחריו יהיה המבטח זכאי לכיסוי מלא הוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.

3.12 טיפולים מחליפי ניתוח - סך השיפוי שישלם המבטח בגין טיפול מחליף ניתוח, יהא לא יותר מעלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי, כמשולם על ידי המבטח לנותן השרות שבהסכם ובכלל זה שכר מנתח המשולם על פי התעריף המוסכם הגבוה ביותר למנתח ההסכם בתחום הרלוונטי, אך לא יותר מ- 150,000 ש"ח לכל תקופת הטיפול.

תקופת טיפול לעניין סעיף זה, משמעה - תקופה בת 36 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה (להלן: "תקופת הטיפול הראשונה"), והיא תחודש בכל 36 חודשים נוספים, אך לא יותר מתום תקופת הביטוח.

נזקק המבטח לביצוע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי לניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי המבטח לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה ולא יקוזז כל סכום שהוא בגין הטיפול החלופי מהכיסוי לו זכאי המבטח על פי תנאי נספח זה בגין הניתוח שיבוצע.

4. פיצוי מיוחד במקרה אי שימוש בביטוח

ביצע המבטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות המבטח במימון הניתוח, יהא זכאי לפיצוי מיוחד בסך 50% מהסכום שהיה משולם עבור ניתוח דומה למנתח ההסכם היקר ביותר מבין מנתחי ההסכם.

יובהר, כי מבטח אשר יבצע ניתוח ללא השתתפות המבטח במימון הניתוח, יהא זכאי לכיסוי השירותים המפורטים בסעיפים 3.7, 3.9, 3.10, 3.11 ו- 7.3, וזאת מבלי לגרוע מזכויותו לפיצוי האמור בסעיף זה. למען הסר ספק, שימוש בכיסויים המפורטים לעיל, כולם או חלקם, לא יחשב כביצוע הניתוח בהשתתפות המבטח.

5. המצאת טופס 17 מטעם קופת חולים לבית חולים פרטי

המציא המבטח למבטח כתב התחייבות (טופס 17) מטעם קופת חולים בה הוא חבר, לכיסוי מלא או חלקי של הוצאות ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בבית חולים פרטי, יהיה זכאי המבטח לפיצוי מיוחד בשיעור 50% מערך טופס 17 החולים הפרטי בו בוצע הניתוח. למען הסר ספק, המבטח יהיה חייב בתשלום יתרת הוצאות להן זכאי המבטח על פי סעיף 3 לעיל, שאינן מכוסות על ידי קופת החולים במסגרת כתב ההתחייבות.

6. פיצוי חד פעמי בגין הדבקות במחלת איידס או בצהבת מסוג B (הפטיטיס B)

המבטח ישלם תשלום חד פעמי בסך 250,000 ש"ח למבטח אשר כתוצאה מעירוי דם או מוצריו, אשר ניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בארץ במשך תקופת הביטוח, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס או נדבק בצהבת מסוג B (וזאת, על אף האמור בסעיף 14.2.7 לחריגים הכלליים).

7. ניתוחים המבוצעים ע"י רופא שיניים

ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים יכוסו על פי סעיף 3 בנספח זה, ויחשבו ניתוח לכל דבר ועניין. טיפולי שיניים שהם המשך ישיר מניתוח שזכאותו הוכרה, יכוסו גם אם מדובר בטיפולי פרוטטיקה ואורתודנטיה, אך לא יותר מ- 10,000 ש"ח למקרה ביטוח.

8. תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח

- 8.1 מקרה הביטוח - מות המבוטח כתוצאה ישירה מניתוח המכוסה על פי הסכם זה, במימון ישיר ו/או במימון חלקי או בפיצוי בגין אי-שימוש במבטח, במהלך תקופה שמשכה 7 ימים ממועד הניתוח בפועל או מוות שאירע בתקופה של עד 12 חודשים לאחר הניתוח בפועל בהם שהה המבוטח באשפוז רצוף. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הנו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.
- 8.2 לעניין כיסוי זה בלבד - בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד, אשר מוות בגינו יחשב מקרה ביטוח אחד.
- 8.3 סכום הביטוח - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף זה, יפצה המבטח את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסכום בסך 250,000 ₪.

9. אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח

- 9.1 **מקרה הביטוח** - מקרה של אובדן כושר העבודה הנגרם למבוטח כתוצאה ישירה מסיבוכי ניתוח המכוסה על פי הסכם זה, אשר נמשך למעלה מ- 60 ימים (להלן: "תקופת המתנה"). לעניין סעיף זה "אובדן כושר עבודה" - אי יכולתו של המבוטח לעבוד ב- 75% ומעלה מהיקף עבודתו טרם ביצוע הניתוח המכוסה על פי הסכם זה.
- 9.2 בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בכל ההליכים הנזכרים להלן ניתוח יחיד ויהוו מקרה ביטוח אחד.
- 9.3 **סכום הביטוח** - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף זה, יפצה המבטח את המבוטח בסכום של 8,000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים החל מהמועד בו תמו 60 הימים של תקופת המתנה, או עד המועד בו חדל המבוטח להיות במצב של אובדן מוחלט של כושר העבודה, לפי המוקדם.
- 9.4 **סייג לכיסוי - המבטח לא יכסה מקרה ביטוח על פי סעיף זה, אם המבוטח לא היה כשיר לעבודה מלאה לפני ביצוע הניתוח ו/או במהלך 6 חודשים לפני מועד ביצוע הניתוח.**

10. החלמה לאחר ניתוח קשה

- 10.1 **מקרה הביטוח** - ביצוע ניתוח המוכר על פי תנאי פוליסה זו- הכולל פתיחת בית חזה ו/או ניתוח מוח ו/או כל ניתוח בגינו היה המבוטח מאושפז 7 ימים לפחות ברציפות.
- 10.2 **סכום הביטוח** - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף זה, ישפה המבטח את המבוטח עבור הוצאות החלמה, בסכום שאינו עולה על 700 ₪ ליום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים רצופים.

11. זכות עיון בהסכמי המבטח

במקרה והניתוח בוצע בחו"ל או במימון חלקי או מלא של המבוטח, לבעל הפוליסה תהיה הזכות לעיין בהסכמים שיש למבטח עם ספקי השרות הרפואי הרלוונטי, כפי שהיו מעת לעת, זאת על מנת לוודא שסכומי הפיצוי, להם זכאי המבוטח, עומדים בתנאי הסכם הביטוח.

12.1 כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על נספח זה.

12.2 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפה/ות, פעילות הדמיה כגון CT – MRI, כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח לא יכוסו על פי נספח זה, אלא אם צוין במפורש אחרת בתנאי נספח זה.

נספח ה' –

ביטוח לניתוחים פרטיים בישראל מסלול Upgrade (למבוטחי שב"ן)

1. מקרה הביטוח
מצבו הבריאותי של מבוטח החבר בתוכנית שב"ן ("כללית מושלם", "מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת שיא") או כל תוכנית אחרת שתופק ו/או תשווק במהלך תקופת הביטוח ותעניק כיסוי לניתוחים פרטיים כולל כיסוי לאשפוז בעת ניתוח פרטי, המחייב ביצוע ניתוח או שירות רפואי נילוה לניתוח, כהגדרתם בסעיף 1 בנספח ד'.

2. התחייבות המבטח
בקורות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות סכום מקסימאלי, אשר לא יעלה על ההפרש שבין העלויות של כל המרכיבים המפורטים בסעיף 3 על כל סעיפי המשנה שבו (3.11-3.1) בנספח ד' לעיל, לבין מלוא הזכויות המוקנות במקרה ביטוח במסגרת תוכנית השב"ן בה חבר המבוטח. במקרה של מבוטח אשר טרם סיים את תקופת האכשרה בתוכנית השב"ן ו/או בכל מקרה אחר של אי תשלום על ידי השב"ן, יכסה המבטח את מלוא עלות השירות/הניתוח והכול ללא ה"ע", בכפוף לתנאים ולהגדרות המפורטים בנספח ד' לעיל.

3. תנאים מוקדמים לאחריות המבטח

3.1 היות המבוטח חבר באחת מתוכניות השב"ן, כמפורט בסעיף 1 לעיל, הנה תנאי יסודי, מהותי ומתנה לכיסוי על פי נספח זה.

3.2 המבוטח מתחייב למצות את מלוא זכויותיו בתוכנית השב"ן שברשותו ולהודיע למבטח בהקדם ככל הניתן, על כל החלטה של קופת החולים בהקשר לזכאותו בתוכנית השב"ן והרלוונטית לבירור תביעתו של המבוטח וכן, להודיע על כל התחייבות ו/או תשלום שניתנו לו במסגרת השב"ן.

3.3 **חובת דיווח של המבוטח** - המבוטח מתחייב בזאת, לדווח מיידית ובכתב למבטח, על כל שינוי שיחול בחברותו בקופת חולים ו/או בחברותו בתוכנית השב"ן, כפי שדיווח בעת הצטרפותו לביטוח. אין באמור בסעיף זה בכדי להרחיב את חבות המבטח מעבר לאמור בסעיף 2 לעיל.

4. הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), תפקע חובתו של המבטח שעל פי נספח זה ממועד הפסקת השב"ן והמבוטח יבוטח אוטומטית בנספח החלופי - נספח ד' לעיל, לתקופה בת 90 ימים. המבוטח רשאי במהלך 90 הימים האמורים, לפנות למבטח בכתב ולבקש להצטרף לנספח ד' לעיל וזאת החל ממועד הפסקת חברותו של המבוטח בשב"ן. במקרה זה, לא תידרש מהמבוטח כל תקופת אכשרה ו/או הצהרת בריאות. מובהר כי מבוטח אשר ארע לו מקרה ביטוח במהלך 90 הימים האמורים לעיל, יהא זכאי לכיסוי על פי התנאים הקבועים בנספח ד' והכל תוך תשלום דמי הביטוח בגין התקופה שעברה ממועד הפסקת חברותו של המבוטח בשב"ן.

מודגש, כי מבוטח אשר לא פנה לחברת הביטוח במהלך 90 הימים האמורים, להסדרת צירופו לנספח ד' לעיל, יהא זכאי בתום 90 הימים הנ"ל, בעת קרות מקרה ביטוח, לקבלת תגמולי הביטוח על פי נספח ד' בלבד. מובהר כי צירופו לנספח ד' בתום התקופה יהא כרוך במילוי הצהרת בריאות.

והכול בתנאי שפוליסה של המבוטח, על כל נספחיה, הנה בתוקף.

- .5** מובהר בזאת, כי סעיפים: 1,6,7,8,9,10,11,12, בנספח ד' לעיל, יחולו גם על נספח זה.
- .6** המבטח מתחייב לעשות כל אשר לאל ידו על מנת לסייע ולעזור למבוטח בכל ההליכים הקשורים בשיתוף קופת החולים לה שייך המבוטח ו/או שירותי השב"ן שלה בכל הנוגע למיצוי זכויותיו והשלמתן על פי נספח זה. אופן טיפול המבטח בתביעות הנ"ל ומעורבות סוכנות הביטוח בנושא יסוכם בין הצדדים בהסכם מיוחד שביניהם וב-SLA שיהווה חלק מהסכם זה.
- .7** למען הסר ספק, מובהר כי לא יחולו על נספח זה סעיפים: 4 ו-5 בנספח ד' לעיל ובכל מקרה, ומבלי לפגוע באמור לעיל, מודגש כי לא יהא כל כיסוי על פי נספח זה לטיפול חלופי לניתוח או לביצוע ניתוח בחו"ל.

נספח ו' – ביטוח לניתוחים פרטיים בחו"ל

1 הגדרות
בנוסף להגדרות המופיעות בנספח ד', תחול על נספח זה ההגדרה הנוספת הבאה:

"הטסה רפואית" – הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי, המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

2. תנאי מוקדם לאחריות המבטח
היכסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל, ייעשה על פי דרישת המבוטח ויאפשר ביצוע ניתוח אלקטיבי פרטי בחו"ל, בכפוף לכך שהניתוח אושר מראש על ידי המבטח, ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח ייעשו ישירות על ידי המבטח. יובהר כי המבטח לא יגביל את המבוטח לביצוע ניתוח במרכז רפואי שלמבטח יש הסכם עימו כאמור במרכז רפואי כלשהו.

למרות האמור לעיל, אם הניתוח לא אושר מראש על ידי המבטח, יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ- 200% מעלות כוללת של ביצוע הניתוח בארץ. להסרת ספק יובהר כי המבטח ישלם עד 200% לניתוח שלא אושר מראש ע"י המבטח כאמור לעיל בתנאי שהמבוטח נמצא זכאי לפי תנאי הפוליסה.

להסרת ספק יובהר כי ניתוח אלקטיבי הינו ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה באמצעות הפנייה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

3. מקרה הביטוח
מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח.

4. תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח

4.1 בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השרות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח, כמפורט להלן:

4.1.1 שהייה בבית חולים בחדר בו שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים פרטי.

4.1.2 תרופות בעת אשפוז.

4.1.3 בדיקות אבחון ובדיקות מעבדה.

4.1.4 בדיקות פתולוגיות.

4.1.5 טיפולים פיזיותרפיים בעת אשפוז.

- 4.1.6 שתל בזמן ניתוח עד לסך של 35,000 ₪.
- 4.1.7 שכר אחות פרטית בעת ניתוח ו/או למשך עד שמונה ימים נוספים אחריו.
- 4.1.8 כל הוצאה רפואית סבירה אחרת, הקשורה ישירות לניתוח ואשר החיוב בגינה נעשה ע"י בית החולים או הרופא המנתח או המרדים.
- 4.1.9 שירות הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים. ההחזר לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי אמבולנס בארץ מקום הביצוע, המקבילים לשירותי מגן דוד אדום בישראל.
- 4.2 בנוסף לאמור בסעיף 4.1 לעיל, יכסה המבטח גם את ההוצאות הבאות רק בגין ניתוחים גדולים המצריכים אשפוז של חמישה ימים ומעלה:
- 4.2.1 **כיסוי להוצאות נסיעה לחו"ל** - למבוטח ולמלווה אחד (עד שני מלווים אם המבוטח הוא קטין) בטיסה מסחרית רגילה או בתנאים מיוחדים על פי הוראת רופא המבטח לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.
- 4.2.2 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית** - במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר ניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה בגובה 87,000 ₪.
- 4.2.3 **כיסוי להוצאות שהייה** - הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. למבוטח עד 870 ₪ ליום ועד לסך מרבי של 87,000 ₪ במקרה שהמבוטח הינו קטין, ישולמו הוצאות של הקטין ושני מלווים. התקרה תהא 1,305 ₪ ליום ובסה"כ עד 130,500 ₪.
- 4.2.4 **כיסוי להוצאות הטסת גופה** - המבטח יכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבוטח בעת שהותו בחו"ל. כיסוי ההוצאה יהיה מלא ויבוצע על ידי המבטח או בתיאום עימו.

5. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על נספח זה, לרבות סעיף 9 לעיל – תחולת חריג מצב רפואי קודם.

6. תנאים מיוחדים לנספח זה

בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את המבטח וימסור לידיו את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח.

נספח ז' –

ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים

ושירותים לנשים הרות

- 1. הגדרות**
- בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:
- 1.1 **”שנה”** – שנה לעניין נספח זה, הנה תקופת בת 12 חודשים המתחילה ביום הצטרפותו של המבוטח לביטוח.
- 1.2 **”מעבדה”** – מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.
- 1.3 **”בדיקות רפואיות אבחנתיות”** – לרבות בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.4 **”בדיקות הריון”** –
- 1.4.1 בדיקות סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון, פנקוני, סינדרום בלום, דיסאטונומיה משפחתית וכד'.
- 1.4.2 בדיקת סיסי שליה.
- 1.4.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
- 1.4.4 סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
- 1.4.5 בדיקת מי שפיר.
- 1.4.6 שיקוף עורפי.
- 1.5 **”רופא מומחה”** – רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

- 2. מקרה הביטוח**
- שירותים אמבולטוריים המפורטים להלן אשר המבוטח נזקק להם כתוצאה מבעיה רפואית או מבוטחת זקוקה להם בעת הריונה או בקשר להריונה.

- 3. התחייבות המבטח**
- המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עד לתקרת הסכום הקבוע להלן בכל כיסוי, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

3.1 התייעצות עם רופא מומחה

3.1.1 התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון או טיפול בבעיה רפואית בתחום התמחותו. המבטח ישלם למבטח תגמולי ביטוח בשיעור של 75% מההוצאה שהוציא המבטח בפועל בגין ההתייעצות, אך לא יותר מסך של 750 ₪ לכל התייעצות ועד ארבע התייעצויות בשנה לכל מבטח.

3.1.2 למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה לא תיכלל במסגרת זו. התייעצות עם רופא ילדים ו/או רופא נשים יכללו במסגרת זו ובלבד שההתייעצות נעשתה עם רופא שאינו הרופא המטפל בדרך שגרה במבטח/ת. לתשומת הלב, במקרה בו תפנה המבוטחת ליעוץ אצל רופא מומחה גניקולוג בשל הריון, סכום השיפוי בגין הייעוץ יקוזז מתקרת סכום בדיקות ההריון כאמור בסעיף 3.4 להלן.

3.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם למבטח תגמולי ביטוח בשיעור של 75% מההוצאות שהוציא המבטח בפועל בגין הבדיקות, אך לא יותר מ-2,500 ₪ לכל הבדיקות למבטח לשנה, למעט C.T ו-M.R.I אשר לבדיקות אלו תקרה של 5,000 ₪ לשנה.

3.3 טיפולי פיזיותרפיה עפ"י הוראת רופא מומחה

המבטח ישלם למבטח תגמולי ביטוח בשיעור 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה עפ"י הוראת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, אך לא יותר מ-12 טיפולים בשנה לכל אבחנה רפואית, ועד תקרה כוללת בסך 2,000 ₪ לשנה.

3.4 בדיקות הריון

3.4.1 המבטח ישתתף בעלות בדיקות ההריון המוגדרות בסעיף 1.4 לעיל (1.4.1 - 1.4.6).

3.4.2 השתתפות המבטח תהא בשיעור של 75% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מסך 2,200 ₪ לבדיקת מי שפיר (1.4.5) או סיסי שליה (1.4.2), 1,000 ₪ לסריקת מערכות מוקדמת (1.4.3) ו-1,000 ₪ לסריקת מערכות מאוחרת (1.4.4). 1,100 ₪ לבדיקת גילוי נשאות גנים או שיקוף עורפי (1.4.1, 1.4.6) **ובסה"כ עד לסך מרבי של 3,000 ₪ לכל הבדיקות לכל הריון (לשני בני הזוג).**

3.4.3 כיסוי זה יינתן ללא קשר לכיסוי הניתן עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

3.4.4 אולם, מבטחת אשר תבצע את הבדיקות המנויות לעיל באמצעות ו/או במסגרת קופת החולים בה היא חברה או באמצעות תוכניות השב"ן של קופת החולים, תהא זכאית להשתתפות המבטח בשיעור של 100% מהשתתפותה העצמית בקופ"ח ו/או בשב"ן, אך לא יותר מהסכומים הנקובים לעיל.

3.4.5 להסרת ספק, מקרה הביטוח המזכה הינו ביצוע הבדיקה בפועל ולא היות המבוטחת בהריון.

3.5 אם פונדקאית

המבטח ישתתף וישפה את המבטח בגין 75% מההוצאה שהוצאה בפועל עבור בדיקות הריון כמוגדר לעיל בסעיף 3.4 לעיל אשר בוצעו באם פונדקאית. בתנאי שבוצעו עפ"י הוראת רופא ובתנאי נוסף כי שני בני הזוג מבטחים במסגרת רובד זה. הסך המרבי להם מחויב המבטח לא יעלה על הסכומים הקבועים בסעיף 3.4 לעיל.

3.6 טיפולי הפריה חוץ גופית
המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי פוריות לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.), וזאת עד לסכום של 12,000 ש"ח בשנה. כיסוי זה יינתן למבוטחת אשר לה ילד אחד מהריונות קודמים. מובהר בזאת כי מספר ההפריות שהחברה תשתתף בהוצאותיהן כאמור לעיל לא יעלה על שתי סדרות טיפולים למבוטחת מדי כל חמש שנים לביטוחה.

3.7 השגת תרומת ביצית בחו"ל

3.7.1 המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 75% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מ- 12,000 ש"ח לתרומת ביצית ועד לשתי תרומות ביצית מדי כל 60 חודשים ממועד תחילת ההסכם, בגין השגת תרומת ביצית בחו"ל, וביצוע הפריה חוץ גופית בישראל או בחו"ל, בכפוף לאישור בכתב מרופא פריון מומחה בארץ על כך שלא ניתן להשיג ביצית מתאימה למבוטחת בישראל ובתנאי נוסף, כי שני בני הזוג מבוטחים ברובד זה.

3.7.2 מובהר בזאת, כי מבוטחת אשר בחרה לקבל תגמולי ביטוח בגין השגת תרומת ביצית על פי סעיף זה, לא תהא זכאית לביצוע הליך הפריה חוץ גופית, כמפורט בסעיף 3.6 לעיל.

3.8 טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או תרמו תרפיה
המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה הניתנים למבוטח בין ע"י תשלום ישירות לבית החולים או למבוטח עצמו, אך לא יותר מהסכום ששולם על-ידו בפועל ועד תקרה בגובה 30,000 ש"ח לשנה לכל סוג טיפול.

3.9 מנוי לשירותי משדר קרדיאלי / קרדילוגי

3.9.1 שיפוי המבוטח עבור הוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות המינוי למשדר הקרדילוגי, אך לא יותר מ- 150 ש"ח לחודש לתקופה מרבית של 30 חודשים.

3.9.2 וזאת בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח הצורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק למשדר על פי אישור רופא מומחה.

4. חריגים **בנוסף לחריגים הכלליים הרשומים בהסכם המבטח לא יהא חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:**

4.1 שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים ו/או שירותים וטיפולים אשר ניתנו למבוטח לאחר תקופת הביטוח.

4.2 בדיקות תקופתיות ובדיקות שיגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית.

4.3 ייעוץ בגין הפרעות נפש ו/או מחלות נפש, טיפולים נפשיים, פסיכולוגיים או פסיכיאטריים.

5. תקופת אכשרה
בנספח זה תקופת האכשרה למקרה ביטוח הקשור להריון ולידה, ולסעיף 3.6 (הפריה חוץ גופית) תהא 9 חודשים מיום תחילת הביטוח לגבי אותו מבוטח.

נספח ח – כתבי שירות

א. הגדרות

- בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:
1. **"המבטחת"** – הראל חברה לביטוח בע"מ.
 2. **"פוליסת ביטוח"** – פוליסה תקפה לביטוח של המבטחת אליה מצורף כתב שירות זה.
 3. **"מבוטח"** – אדם המבוטח בפוליסת ביטוח, אשר שולמו בגינו הפרמיות במלואן וכסדרן.
 4. **"מנוי"** – המבוטח ו/או בן/בת זוגו ו/או ילדי המבוטח, ו/או הוריו ו/או אחיו, אשר צורפו לכתב השירות על ידי בעל הפוליסה ואשר שולמו בגינם דמי המנוי במלואם וכסדרם למען הסר ספק מנוי הוא כל אחד מהמפורטים בהגדרה שדלעיל.
 5. **"דמי מנוי"** – הסכומים אותם יש לשלם למבטחת מדי חודש בגין כל מנוי כתנאי לקבלת שירותים על-פי כתב שירות זה.
 6. **"בעל פוליסה"** – הגוף או האדם אשר התקשר עם המבטחת בחוזה לעניין פוליסת הביטוח. במקרה שלא קיים חוזה ביטוח, ייחשב המבוטח לבעל הפוליסה.
 7. **"הספק"** – פמי פרימיום.
 8. **"מרפאות הסדר"** – מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 9. **"רופאי הסכם"** – רופאים בעלי רישיון מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לעסוק ברפואה, עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 10. **"מכוני הסדר"** – מכוני עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 11. **"נותני שירות"** – מרפאות הסדר, מכוני הסדר ורופאי הסכם.
 12. **"מוקד השירות"** – קו מנויים שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים ע"פ כתב שירות זה. הקו יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.
- מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **03-5688502**.
- הספק רשאי לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות, בתיאום ובאישור המבטחת, ובלבד שימסור על כך הודעה בכתב מראש למנויים.
13. **"המועד הקובע"** – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, על-פי רישומי המבטחת. רישומי המבטחת יהיו ראייה חלוטה לאמור בהם.
 14. **"השתתפות עצמית"** – סכומים בהם יחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בנספחי השירות השונים.

ב. היקף השירותים

1. מעבדה עד הבית
2. שירות מוקד מידע טלפוני
3. ייעוץ דיאטטי, לרבות ייעוץ תזונאי לספורטאים
4. שירות קשר עין
5. חוות דעת שניה בחו"ל
6. שירותי רפואה משלימה

1.1 מעבדה עד הבית:

- 1.1 מנוי, אשר קיבל הפניה בכתב ע"י רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי (מקור) לביצוע בדיקת מעבדה המפורטות להלן: דגימת דם ושתן, תרביות שתן, משטחי גרון, אף, אוזן ועין (להלן: "בדיקות המעבדה") יהיה זכאי לשירות מעבדה עד הבית, בהתאם להוראות כתב שירות זה.
- 1.2 השרות ינתן אך ורק כנגד הצגת טופס הפנייה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי (במקור), ואך ורק בהתייחס לבדיקות המצוינות בטופס הפניה הנ"ל.
- 1.3 לקיחת הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי תעשה על ידי מבצע השירות בביתו של המנוי או במקום עבודתו.
- 1.4 הדמים/דגימת השתן/המשטח הרלוונטי יועברו על ידי ספק השירות לבדיקת מעבדה לאחת ממעבדות ההסכם, ותוצאות הבדיקות יועברו למנוי בדואר, לפי כתובת המבוטח המצוינת בפוליסת הביטוח. המנוי יהא רשאי לבקש בכתב, כי תוצאות הבדיקה יועברו אליו בפקסימיליה ובתנאי שיחתום על כתב ויתור על כל טענה בקשר לפגיעה בפרטיותו ו/או על כל טענה במקרה של תקלה בקבלת תוצאות הבדיקה בפקס' ו/או שיבוש תוצאות הבדיקה, בנוסח שיהיה נהוג אצל הקבלן.
- 1.5 על אף האמור לעיל, מבצע השירות יהא רשאי להחליט לפי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי שלקחת הדגימה/תרביית/משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא ינתן השירות על פי כתב שירות זה. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, השירות אינו כולל בדיקת חומציות, בדיקת אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרבית ואגינלית, תרבית אורטרה, אינסולין, פטריות, לקטאט.
- 1.6 מובהר כי לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד לצורך ביצוע הבדיקות המצוינות בהגדרת השירות.
- 1.7 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 1.8 על אף האמור בכתב שירות זה, השירות לא ינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 (שישה) חודשים. כמו כן, לא ינתן השירות בהתייחס לבדיקות דם לילדים מתחת לגיל 5 (חמש).
- 1.9 בכל מקרה שלקחת דגימת שתן מצריכה שקית איסוף השתן (כגון במקרה של תינוק), על המנוי לדאוג בעצמו לשקית איסוף כאמור לפני מועד מתן השירות וכתנאי לנתינתו.

- 1.10 מובהר בזאת במפורש, כי תוצאות בדיקות המעבדה יציינו אך ורק את הפרמטרים הנבדקים בהן, וכי הן לא יכללו אבחון, וכן אין בהן כדי להעיד שהאדם בריא, או כדי להחליף בדיקה אצל רופא במקום שהמנוי מתלונן על מחושים כלשהם.
- 1.11 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 45 ₪ לבדיקה.

2. שירות מוקד מידע טלפוני:

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותי יעוץ רפואי טלפוני כמפורט להלן:

- 2.1 יעוץ רפואי ראשוני, 24 שעות ביממה, ע"י רופא.
- 2.2 בהתאם לשיקול דעתו של הרופא ולהסכמתו של המנוי יתואם למנוי יעוץ טלפוני ע"י רופא מומחה בנושאים הבאים:
- 2.2.1 **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים.
- 2.2.2 **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה.
- 2.2.3 **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת נשים וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים.
- 2.2.4 **שירותי מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא מומחה ברפואה גריאטרית.
- 2.3 הייעוץ הטלפוני ע"י הרופא המומחה יתואם תוך 24 שעות ממועד ההפניה ליעוץ ע"י רופא מומחה.
- 2.4 מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
- 2.5 למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 2.6 מובהר, כי שירותי יעוץ אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים אל פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 2.7 מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי יעוץ על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה.
- 2.8 שירותי יעוץ יינתנו בהקדם האפשרי, ולא יאוחר מ- 30 דקות ממועד הפנייה של המנוי למוקד השירות.

3. ייעוץ דיאטני לרבות ייעוץ ספורטאים:

- 3.1 מנוי זכאי לקבל 6 ייעוצים עם דיאטנית בשנה ביטוח.

- 3.2 השירות יינתן בכפוף לטופס הפניה מקורי מרופא מטפל.
- 3.3 השירות יינתן במרפאות ההסדר של הספק בלבד.
- 3.4 המנוי ישלם למכון ההסדר או הספק, לפי החלטת הספק, השתתפות עצמית בסך של 40 ₪ לטיפול.
- 3.5 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוב').
- 3.6 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר.
- 3.7 השירות לא יינתן לנפגעי תאונות דרכים.
- 3.8 הזכאות לקבלת השירות תינתן לאחר תום 3 חודשים מהמועד הקובע.
- 3.9 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.

4. שירותי קשר עין

<p>לכל מבטח של הראל חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבטח", בפוליסה תקפה בביטוח בריאות/סיעוד והשתלות והינו חבר/ עובד בארגון נכי צה"ל. וכן לבן/בת זוג וילדיהם המבוטחים בפוליסה ושביגים שילם המבוטח דמי מנוי חודשיים עבור שירות זה. להלן "המטופל".</p>	<p>הזכאות ניתנת:</p>
<p>ניתוח מכל סוג המחייב שהות המטופל בבית חולים לתקופת אשפוז העולה על 48 שעות או בגין תאונה המחייבת שהות המטופל בביתו לתקופה העולה על 7 ימים.</p>	<p>אירוע:</p>
<p>1. שירותי "קשר עין" - המאפשרים פניה באמצעות ערכה ביתית הכוללת מערך שיחות ועידה בוידאו למוקד "קשר עין" המאויש בנציגי שירות ורופאים למתן שירות להבהרת בעיה/יות רפואיות הקשורות לאירוע והנובעות ממנו.</p> <p>2. "שירות שיעור פרטי T.V" - לילד, מטופל, לקבלת הדרכה וסיוע בשיעורי בית במקצועות לימוד כלליים.</p> <p>3. "שירות הורה בקשר" - התקנת ערכה ביתית במשרד ההורה, ליצירת קשר לשיחה ויזואלית עם ילד מטופל.</p> <p>4. "שירות כיתה בקשר" - הצבת ערכה ביתית בכיתה הלימוד או בגן הילדים של מטופל - ילד.</p> <p>5. "שירות אינטרנט בריא" - קבלת ייעוץ והדרכה ע"י מידענים מקצועיים, באיתור מידע רפואי מרשת האינטרנט וממקורות נוספים, תוך מספר ימים.</p>	<p>השירותים הניתנים בגין אירוע:</p>
<p>7 (שבעה) יום לכל אירוע, החל מיום התקנת הערכה הביתית כשהיא תקינה ופועלת.</p>	<p>תקופת זכאות:</p>

<p>דמי התקנה:</p>	<p>אין תשלום דמי שירות בתקופת הזכאות כאמור לעיל, אולם חיבור הערכה הביתית למוקד הינו בתשלום חד פעמי של 75 ₪.</p> <p>החיבור לשירות "הורה בקשר" או "כיתה בקשר" הינו חד פעמי בסך 150 ₪.</p>
<p>דמי שירות</p>	<p>שימוש בשירות "קשר עין" תהא בעלות של 1.5 ₪ + מע"מ עבור כל דקת שיחה.</p> <p>בקשה להארכת הזכאות תוגש 7 ימים מראש ע"י המטופל או הורה.</p>
<p>הצמדה:</p>	<p>דמי השירות הנוספים יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן.</p>
<p>השירות:</p>	<p>הפניה תיעשה לנותן השירות באמצעות בקשה להתחבר למוקד "קשר עין". נותן השירות ו/או המבטח אינם מתחייבים ליצור קשר עם המטופל בעת אירוע ביוזמתם והם אינם רשאים ליצור קשר כנ"ל מיוזמתם. היוזמה והבקשה הינם של המטופל בלבד. מודגש כי השירות אינו שירות חירום ואינו מהווה מוקד לקריאת חירום או להזעקת עזרה מכל סוג שהוא. אם נותן השירות על פי שיקול דעתו יגיע למסקנה כי מצבו של המטופל מצריך הפנייתו לחדר מיון ו/או הפניית אמבולנס של מד"א או כל שירות חירום אחר אליו קשור המטופל, הוא יביא זאת לידיעת המטופל ועל פי בקשת המטופל יפעל המוקד להזעיק טלפונית גורם מהגורמים הנ"ל.</p> <p>נותן השירות לא יהא אחראי כי ניסיון אזהקת העזרה יצליח ולא יהא אחראי לטיב הטיפול שינתן ולהצלחתו.</p>
<p>מועדי השירות:</p>	<p>נותן השירות מתחייב במתן השירות של רופא במהלך 24 שעות ביממה (למעט ביום כיפור מהשעה 14:00 ועד לשעתיים לאחר תום הצום ולמעט ערב ליל הסדר וערב ראש השנה משעה 16:00 ועד שעתיים לאחר צאת החג).</p> <p>מועד - השירותים הניתנים בגין אירוע הנם בין 9:00 ל-17:30 בימים א-ה שאינם ימי חג או ערבי חג (להלן "ימי עבודה").</p>
<p>איוש מוקד נותן השירות:</p>	<p>מוקד "קשר עין" יאויש בנציגי שירות ורופאים דוברי עברית ויהא בפיקוח של מנהל רפואי ו/או רופא ממונה תורן שיהא זמין להתייעצות עם נציגי השירות טלפונית באמצעות שיחת ועידה.</p>
<p>הגשת בקשה לחיבור למוקד "קשר עין":</p>	<p>הבקשה תוגש ע"י המטופל והיא תכלול זיהוי המטופל, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו ומס' הפוליסה של המטופל אצל המבטח. הזכות לקבלת השירות הינה אישית ואינה ניתנת להעברה לאחר. זמני הגשת הבקשה לקבלת השירותים הניתנים בגין אירוע, הינם בין 9.00 ל- 17.30 בימים א-ה שאינם ימי חג או ערבי חג (להלן "ימי עבודה") במהלך יום עבודה אחד העוקב למועד הגשת הבקשה לקבלת השירות (אם נמסרה הבקשה עד שעה 10.00 של יום העבודה), יפנה נציג נותן השירות ויתאם עם המטופל את ההתקנה, ההדרכה וכיוצא בזה והם יבצעו יחדיו את ההתקשרות הראשונה למוקד קשר עין.</p>
<p>העברת מידע:</p>	<p>במהלך ההתקשרות הראשונה עם המוקד, יבוצע הליך פתיחת תיק רפואי עבור המטופל. באחריות המטופל להעביר את כל הפרטים הרלוונטיים לאירוע, לשביעות רצון המנהל הרפואי של נותן השירות ואו הרופא הממונה. העברת המידע הרפואי הינה בסיס למתן שירות למטופל.</p>

כתב שחרור:	כתנאי להתקנת הערכה הביתית ובראשית הפגישה הראשונה עם נותן השירות, יחתום המטופל על כתב שחרור (וס"ר) בנוסח המצורף לתמצית זו.
הבטחת תשלומים:	עם החיבור למוקד ימסור המטופל לנותן השירות ו/או לנציגיו אשר יתקינו את הערכה הביתית המחאה ע"ס 575 ₪ (לפקודת נותן השירות). מתוך סך זה 500 ₪ הינם כבטחון להבטחת השבת הערכה הביתית במצב תקין לנותן השירות עם תום תקופת הזכאות (או לאחר תקופה נוספת אם בחר המטופל להמשיך בקבלת השירות). סך 75 ₪ ישמש כתשלום דמי התקנה כקבוע לעיל. נותן השירות יחזיר את יתרת הסכום שהינו פיקדון לא יאוחר מ- 7 ימים מתוך התקופה ובלבד שיוחזר הציוד במצב תקין.
תוקף כתב השירות:	כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד קיים הסכם תקף בין נותן השירות לבין המבטח וכל עוד המטופל הינו מבטח אצל המבטח בפוליסה תקפה המזכה אותו בשירות זה. במידה וכתב שירות זה יבוטל, תינתן למבטח הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.
למי לפנות	מוקד ספק השירות בטל': 03-5688502 , 24 שעות ביממה

5. חוות דעת שניה בחו"ל

- 5.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ טלפוני רפואי במוקד ספק השירות, ע"י רופא הבית.
- 5.2 המנוי יהא זכאי לקבלת שירותי חוות דעת שניה בתחום הרדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה ובתחומי התמחות נוספים מטובי המומחים.
- 5.1.1 שירותי חוות דעת מטובי המומחים המרכזים בארה"ב.
- 5.1.2 קביעת אבחנה רפואית, והמשכי טיפול רלוונטיים.
- 5.3 אופן קבלת השירות
- 5.3.1 המנוי ימסור דוח רפואי מעודכן בצירוף בדיקות וסיכומי חוות דעת מתורגמים לאנגלית במידה וחוות הדעת מיועדת לארה"ב, עם מידע אודות שמות ההורים, מין, תאריך לידה, כתובת וטלפון שבהם ניתן ליצור קשר עמו.
- 5.3.2 מרגע קבלת החומר הרפואי במשרדי החברה ועד שהמנוי יקבל את חוות הדעת מרופא מומחה הנמצא ברשימת הספקים של נותן השירות לא יעברו יותר מ- 6 ימי עבודה.
- 5.3.3 במידה והמנוי מעוניין בחוות דעת של רופא שלא נמצא ברשימת הספקים של נותן השירות (לפי דרישת המנוי) חוות הדעת תימסר למנוי מיד עם קבלתה במשרדי החברה.
- 5.3.4 נזקק המנוי לשרות כאמור לעיל, יפנה טלפונית למוקד השרות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, שם הלקוח מכוחו הוא מנוי ומס' הטלפון של בית מגורים של הלקוח.

- 5.4 המנוי יהא רשאי לבחור את אחת האופציות לקבלת שירות (בארץ או בארה"ב).
- 5.5 שירותי חוות הדעת השנייה יינתנו ע"י טובי המרכזים בארה"ב:
John Hopkins - המדורג כמס' 1 בארה"ב.
Clinic Foundation in New York - המדורג כמס' 4 בארה"ב.
Columbia Presbyterian in New York - המדורג כמס' 10 בארה"ב.
- 5.6 הזכות לקבלת שרות ע"פ כתב שרות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 5.7 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות או לספק דמי השתתפות עצמית בסך של \$ 150 בגין חוות הדעת.

6. שירותי רפואה משלימה

- 6.1 מנוי זכאי לקבל 15 טיפולים בשנה הכוללים את סוגי הטיפולים הבאים:
- מתן טיפולי אקופונטורה - דיקור מחטים.
 - מתן טיפולי רפלקסולוגיה - עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
 - מתן טיפולי שיאצו - לחיצה ועיסוי בעזרת האצבעות בכל הגוף.
 - מתן טיפולי אוסטיאופתיה - טיפול במערכת השלד, עצמות ושרירים.
 - מתן טיפולי כירונספחטיקה - עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
 - מתן טיפול הומאופתי - טיפול באמצעות תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
 - מתן טיפולי פלדנקרייז - טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
 - טיפולי ביו-פידבק - טכניקה לטיפול בבעיה רפואית ע"י מכשיר אלקטרוני.
 - מתן טיפול נטורופתי - טיפול בגוף בשיטה טבעית ובהתאמה אישית למטופל.
 - קבלת ייעוץ דיאטטי - התאמה אישית של תכנית תזונה למטופל.
 - מתן טיפול בשיטת אלכסנדר.
- 6.1 השירות יינתן בכפוף לטופס הפניה מקורי מרופא מטפל.
- 6.2 השירות יינתן במרפאות ההסדר של הספק.
- 6.3 המנוי ישלם למכון ההסדר או הספק, לפי החלטת הספק, השתתפות עצמית בסך של 40 \$ לטיפול.

- 6.4 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).
- 6.5 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר.
- 6.6 השירות לא יינתן לנפגעי תאונות דרכים.
- 6.7 הזכאות לקבלת השירות תינתן לאחר תום 3 חודשים מהמועד הקובע.
- 6.8 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.

ג. אופן קבלת השירותים

1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם המבטחת, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. רשימת נותני השירות תעודכן מעת לעת על ידי הספק.
3. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות לפי כתב שירות זה מתוך רשימה של נותני שירות כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו.
4. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.
5. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.
6. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
7. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
8. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבון.
9. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר.
10. לשם מתן השירות ימסור המנוי לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן שירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נותן השירות, לפי העניין.
11. במקרים המנויים בסעיף ב' 6 בנספח זה, יהא המנוי רשאי במקרים שיאשרו מראש לקבל את השירותים שעל-פי כתב השירות רפואה משלימה שלא באמצעות נותני שירות ומרפאות ההסדר. מוסכם כי אישור כ"ל יינתן למנוי על פי בקשתו בכל מקרה בו יוכח כי אין מרפאה או מכון או נותני שירות בתחום הרפואה האלטרנטיבית באזור מגורי המבוטח או במרחק סביר ממקום זה. כמו כן יינתן אישור כ"ל במקרים חריגים במיוחד אשר ינומקו ע"י המנוי ויבאו לאישור

המבטח ו/או ספק השירותים. במקרים אלה יופעל התהליך הבא ויוחזרו למנוי הסכומים ששולמו כדלהלן:

- 11.1 האחריות לתיאום וביצוע השירותים תהא על המנוי בלבד.
- 11.2 המנוי ישלם ישירות לרופא ו/או למרפאה ו/או למכון, לפי העניין, מהם קיבל את השירות בפועל את מלוא הסכום עבור השירות כפי שנקבע ביניהם.
- 11.3 המנוי יהא זכאי לקבל מהספק החזר חלקי בסך 75% מההוצאה בפועל שהוצאה על ידו ולא יותר מ-150 ש"ח בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף ב' לעיל.
12. כל תשלום אשר המנוי זכאי לו מהספק לפי כתב שירות זה, ישולם למנוי תוך 30 יום ממועד מסירת חשבונית המקור לספק.
13. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.

ד. אחריות

1. האחריות בגין איכות השירותים הניתנים על-פי כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת תחול על הרופא/המרפאה/המכון, שנתן את השירותים למנוי והמבטח והספק לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
 - 1.1 איכות השירותים נשוא כתב שירות זה.
 - 1.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק, לגוף או לרכוש, או הפסד, אבדן או תוצאה אחרת מכל מין ו/או סוג שהוא שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים, אם בשל מעשה או בשל מחדל, אם נזק ישיר או נזק עקיף.
 - 1.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
2. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר, למען הסר ספק, כי המבטח אינה המעסיקה של הספק ו/או של נותני השירות והיא לא תהא אחראית כלפי מנוי או מאן שהוא אחר בגין מעשים ו/או מחדלים של הספק ו/או נותני השירות, בכל מקרה ובכל עניין לרבות אי מתן השירותים נשוא כתב שירות זה.

ה. תוקפו של כתב השירות

1. כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופת תקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי המנוי.
2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תקפה, יסתיים כתב שירות זה.
3. לא שולמו דמי מנוי במועד ו/או במלואם, תהא המבטח זכאית לבטל את כתב השירות, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.

4. במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין המבטחת לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית המבטחת להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה, לאחר שהודיעה על כך בכתב לבעל הפוליסה.
5. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המנוי לשירותים על-פי כתב השירות הבודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
6. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד השירות לקבלת השירות לפני ביטולו או סיום תקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת שירות נשוא כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימו.

1. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.
- "המדד"** משמעו המדד המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- "המדד היסודי"** משמעו המדד שפורסם בגין חודש יולי 2005.
- "המדד החדש"** משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

2. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכן תשלומים אלה בהתאם.
2. הודעות שנשלחו לבעל הפוליסה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטחת, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.
3. בעל הפוליסה ישמש כשלוחם של המנויים לעניין כתב שירות זה.
4. כל הודעה למבטחת תימסר בכתב.

נספח ט' – ביטוח למקרה גילוי מחלה קשה

על אף הגדרת ילד כאמור בתנאי ההסכם, מוסכם כי לצורך נספח זה מבוטח מבוגר הוא כל מי שמלאו לו במועד קרות מקרה הביטוח 20 שנה.

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1. מקרה הביטוח לגבי מבוטח בוגר (אשר מלאו לו 20 שנה):

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים רפואיים קשה/ים כמפורט באחת הקבוצות ("להלן הקבוצות") אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, ולאחר גמר תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח בהתאם לכמות יחידות הביטוח שרכש המבוטח, כאמור בנספח ט' לפוליסה ובכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן:

קבוצה ראשונה

1.1 **מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease)** - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1.1.1 צהבת;

1.1.2 מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

1.1.3 שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

1.1.4 אנצפלופטיה כבדית;

1.1.5 יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזם.

1.2 **אי ספיקת כבד פולומיננטית (Fulminant Hepatic)** - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

1.2.1 הקטנה חדה בנפח הכבד;

1.2.2 נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

1.2.3 ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 - 7;

1.2.4 צהבת מעמיקה;

1.2.5 אנצפלופטיה כבדית;

1.2.6 דימום בלתי נשלט;

1.2.7 אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

- 1.3 **השתלת כבד** - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת כבד, או ביצוע השתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו הכבד.
- 1.4 **מחלת ריאות כרונית** – (**Chronic Lung Disease**) - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 1.4.1 נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה, ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה, או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
- 1.4.2 הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
- 1.5 **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימיא מומחה.
- 1.6 **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 1.7 **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.
- 1.8 **נכות מוחלטת** - נכות מוחלטת וצמיתה בשיעור 75% לפי הגדרות המל"ל. למרות האמור לעיל, נכות מוחלטת לתקופה העולה על ארבע שנים תחשב נכונות מוחלטת וצמיתה.

קבוצה שנייה

- 1.9 **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 1.10 **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניזיה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזיה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 1.11 **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 1.12 **פרקינסון (Parkinson's Disease)** האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת,

ואשר אובחנו ע"י נירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות 3 חודשים.

1.13 **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

1.14 **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.

1.15 **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

1.16 **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

1.17 **שיתוק (פרפליגיה, קוודריפליגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

1.18 **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו - בזילרית I-TIA.

קבוצה שלישית

1.19 **התקף לב חריף – (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1 כאבי חזה אופייניים.

2 שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

3 עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

למען הסר ספר מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

1.20 **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

- 1.21 **ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב – Surgery for Valve Replacement Or Repair** - ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.
- 1.22 **קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.
- 1.23 **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** - ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.
- 1.24 **אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.
- 1.25 **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.

קבוצה רביעית

- 1.26 **סרטן – (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

- גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN3, CIN2, CIN1 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
 - מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.
- מחלות עור מסוג:
- Basal Cell Carcinoma -I Hyperkeratosis ;
 - מחלות עור מסוג Cell Carcinoma Squamous אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
 - מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.
 - סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo TNM Classification -Gleason Score עד ל-6 (כולל).
 - לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

- 1.27 **השתלת מוח עצם** - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת מוח עצם או תאי אב (STEM CELL) מדם היקפי, או ביצוע ההשתלה בפועל מגוף של תורם עקב מצב רפואי המחייב השתלת מוח עצם או תאי אב.

2. הזכות לקבלת סכום הביטוח לגבי מבוטח בוגר (אשר מלאו לו 20 שנה):

2.1 תשלום מקרה ביטוח ראשון

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר באחת מ- 4 הקבוצות לעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח ולאחר עבור תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

2.1.1 קיימת אבחנה חד משמעית של רופא, אשר אושרה על ידי המבטח, על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

2.1.2 המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח הראשון, עקב אותו מקרה ביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הוא השתלת איברים כמוגדר לעיל.

2.2 סכום הביטוח

המבטח ישלם למבוטח הזכאי לפי תנאי נספח זה למקרה ביטוח ראשון פיצוי בהתאם למס' יחידות הביטוח שרכש. מובהר בזאת, כי ערך כל יחידת ביטוח היא בסך 25,000 ₪ וניתן לרכוש עד 4 יחידות ביטוח בלבד.

2.3 תוקף הפוליסה לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

למבוטח תהיה הזכות להמשיך את הפוליסה גם לאחר תגמולי ביטוח בין מקרה ראשון, אם מקרה הביטוח הראשון ששולם למבוטח לא היה כלול בקבוצה הראשונה.

בכל מקרה, כאמור, בו שולמו תגמולי ביטוח במקרה ביטוח ראשון מהקבוצה הראשונה יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.

2.3.1 סכום הביטוח - סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.

2.3.2 תקופת אכשרה - לקבלת תשלום בגין מקרה ביטוח שני תהא תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.

2.4 תשלום מקרה ביטוח שני

המבטח ישלם למבוטח בגין מקרה ביטוח שני:

2.4.1 אם מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח אינו כלול באותה הקבוצה בגינה שולמו לו תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון.

2.4.2 אם מקרה הביטוח השני סיבתו אינה שבץ מוח או תרדמת, בכפיפות לאמור לעיל, ישולמו תגמולי ביטוח קבוע בפרק זה בכל מקרה ביטוח שני.

2.4.3 המבוטח לא נפטר במשך 30 יום לאחר קרות מקרה הביטוח השני, עקב אותו מקרה ביטוח, למעט אם מקרה הביטוח הוא השתלת איברים כמוגדר לעיל.

2.5 החזר דמי ביטוח (פרמיות)

אם אירע מקרה ביטוח שני בתוך תקופת האכשרה למקרה ביטוח שני (365 יום), יחזיר המבטח למבוטח בקרות מקרה הביטוח השני את כל דמי הביטוח (הפרמיות) ששולמו על ידו - בגין נספח זה, ממועד קרות מקרה הביטוח הראשון בגינו קיבל המבוטח את סכום הביטוח והנספח יתבטל.

מודגש, על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כי שרשרת אירועים שהם תוצאה ממקרה ביטוח אחד, תשולם אך ורק פעם אחת, הן במקרה של זכאות לתשלום ראשון והן במקרה של זכאות לתשלום שני.

עם התשלום הנוסף, למקרה ביטוח שני, כאשר זכאות זו קיימת על פי תנאי ביטוח זה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי גמלת ביטוח, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בתנאי ביטוח זה.

3.3 מקרה הביטוח לגבי מבוטח שהינו ילד שטרם מלאו לו 20 שנה:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירועים רפואיים/קשה/ים כמפורט ברשימת המחלות שלהלן, אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, ולאחר גמר תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח בהתאם למספר יחידות הביטוח שרכש, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים שלהלן:

א גיל המבוטח בקרות מקרה הביטוח לא עולה על 20 שנה.

ב גיל כניסה מינימאלי לפי פרק זה לא יהיה פחות מ- 1 שנה. הכיסוי במקרה של מחלות הבאות כהגדרתן להלן: עיוורון, חירשות, ניוון שרירים, יחול אך ורק על ילדים שבקרות מקרה הביטוח מלאו להם 3 שנים.

3.1 רשימת המחלות:

3.1.1 סרטן, כהגדרתו בסעיף 1.26 לעיל;

3.1.2 סכרת נעורים מסוג "DIABETES MELLITUS" - סכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות ששה חודשים ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת או ע"י אנדוקרינולוג.

3.1.3 אי ספיקת כליות כרונית, כהגדרתה בסעיף 1.24 לעיל.

3.1.4 השתלות - כהגדרתן בסעיפים 1.25 ו- 1.3 לעיל.

3.1.5 שיתוק - כהגדרתו בסעיף 1.16 לעיל.

3.1.6 איבוד גפיים - כהגדרתו בסעיף 1.17 לעיל.

3.1.7 כוויות קשות - כוויות מדרגה שלישית המכסות לפחות 30% מכלל שטח העור של המבוטח.

3.1.8 מחלות זיהומיות קשות שתוצאתן חמורה -

3.1.8.1 דלקת כבד נגיפית כרונית - VIRAL HEPATITIS: דלקת כבד נגיפית כרונית על רקע זיהום כרוני של נגיף הפטיטיס B או C, אשר תוצאתו שחמת כבד בלתי יציבה עם סיבוכים של מימת המצריכה טיפול תרופתי או ניקוזים חוזרים, דימום מדליות או אנצפלופטיה כבדתית.

3.1.8.2 דלקת קרום המוח MENINGITIS: דלקת קרום מוח נגיפית שגורמת לדלקת בקרומים במוח או בחוט השדרה ושתוצאותיה נזק ניירולוגי חמור וקבוע ו/או פגיעה קוגניטיבית קשה ובלתי הפיכה שתקבע על ידי ניירולוג מומחה והמהווה על פי קריטריונים רפואיים מקובלים נכות קבוע של 40% לפחות. אין מחלת דלקת קרום המוח כוללת דלקת קרום מוח נגיפית הנגרמת כתוצאה מאיידס.

3.1.8.3 דלקת המוח ENCEPHALITIS: דלקת חריפה של חומר המוח ושתוצאתה נזק ניירולוגי חמור וקבוע ו/או פגיעה קוגניטיבית קשה ובלתי הפיכה שתקבע על ידי ניירולוג מומחה והמהווה על פי קריטריונים רפואיים מקובלים נכות קבועה של 40% לפחות. אין מחלת דלקת המוח כוללת דלקת מוח הנגרמת כתוצאה מאיידס.

3.1.8.4 שיתוק ילדים - POLIOMYELITIS - אבחנה חד משמעית ע"י ניירולוג מומחה שההדבקות מנגיף הפוליו הביאה לשיתוק בלתי הפיך הבא לידי ביטוי בתפקוד מוטורי לקוי או קשיי נשימה. אין מחלת שיתוק ילדים כוללת מקרים שאינם מאופיינים בשיתוק כאמור.

3.1.9 עיוורון, כהגדרתו בסעיף 1.13 לעיל.

3.1.10 חירשות, כהגדרתה בסעיף 1.12 לעיל.

3.1.11 ניוון שרירים MUSCULAR DYSTOPHY - ניוון שרירים שאובחן ע"י ניירולוג מומחה כמחלת ניוון שרירים שכתוצאה ממנה המבוטח אינו יכול ולא יוכל בעתיד להגיע לעצמאות מוטורית בביצוע 3 מתוך הפעולות היומיומיות הבאות:

- 1 רחצה.
- 2 התלבשות.
- 3 שליטה על הסוגרים.
- 4 נייודות בתוך הבית.
- 5 העברה מהמיטה לכיסא ולהפך.

4. הזכות לקבלת סכום הביטוח לגבי מבוטח שטרם מלאו לו 20 שנה

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר ברשימת המחלות שלעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח ולאחר עבור תקופת האכשרה, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן במצטבר:

א. קיימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

ב. עם תשלום סכום הביטוח, כאשר זכאות זו קיימת על פי תנאי הסכם זה, תסתיים אחריות המבטח לתשלומי סכומי ביטוח, אלא אם בוטלה הפוליסה קודם לכן כקבוע בתנאי הסכם זה.

ג. למען הסר ספק, ילד אינו מבוטח בגין מקרה ביטוח שני.

5. הגבלת אחריות המבטח
בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על נספח זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:

5.1 אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5.2 מקרה הביטוח הנוגע לעיוורון, חירשות וניוון שרירים כהגדרתם לעיל, נתגלו או אירעו במלואם או בחלקם לפני הגיע המבוטח לגיל 3 שנים.

6. תקופת אכשרה

6.1 למקרה ביטוח ראשון תקופת אכשרה בת 30 יום מיום תחילת הביטוח.

6.2 למקרה ביטוח שני תקופת אכשרה בת 365 ימים מיום קרות מקרה הביטוח הראשון.

7. ביטול הביטוח

נספח זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, לכל המוקדם מביניהם:

7.1 מות המבוטח.

7.2 בהגיע המבוטח לגיל 75.

טבלת דמי ביטוח

הפרמיה צמודה למדד, כאשר המדד היסודי הינו המדד שפורסם ב- 15.4.2008 נקודות. ביום 1.5.2018 ייערך חישוב התאמת דמי ביטוח (פרמיה) עפ"י המפורט בהסכם.

רובד חובה (נספחים א'-ג')

לחבר הארגון ממומן ע"י משרד הביטחון בפוליסה אובליגטורית נפרדת

לעובדי הארגון - ממומן על ידי ארגון נכי צה"ל

דמי הביטוח לבני משפחה של חברי הארגון ועובדיו ממומנים על ידי חבר/עובד הארגון.

גיל	דמי הביטוח החודשיים
*ילד עד גיל 25/ילד של ילד בוגר (נכד) - עד גיל 25	ש"ח 3.50
גיל 26-30	ש"ח 16
גיל 31-40	ש"ח 16
גיל 41-50	ש"ח 16
גיל 51-60	ש"ח 16
גיל 61-65	ש"ח 25
גיל 65+	ש"ח 25

* התשלום הינו עבור 3 ילדים - מהילד הרביעי - ללא תשלום.

רובד רשות (וולונטרי) (נספחים ד'-ז')

גיל	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי מלא לניתוחים) - נספחים ד, ו-ז	דמי הביטוח החודשיים (כולל כיסוי לניתוחים לבעלי שב"ן) - נספחים ד-ז
עד גיל 25	ש"ח 20	ש"ח 13
גיל 26-30	ש"ח 40	ש"ח 30
גיל 31-40	ש"ח 48	ש"ח 36
גיל 41-50	ש"ח 64	ש"ח 46
גיל 51-60	ש"ח 99	ש"ח 66
גיל 61-65	ש"ח 160	ש"ח 84
גיל 65+	ש"ח 220	ש"ח 104

* התשלום הינו עבור 3 ילדים - מהילד הרביעי - ללא תשלום.

רובד רשות (וולונטרי) נספח ח' - כתבי שירות (לרבות רפואה משלימה)

גיל	דמי הביטוח החודשיים
יחיד/משפחה	ש"ח 4.00

רובד רשות (וולונטארי) נספח ט' - כיסוי בגין מחלות קשות -

גילאים	דמי הביטוח החודשיים בגין יחידה אחת בסך 25,000 ₪*
עד גיל 25	1.5 ₪
גיל 30-26	3 ₪
גיל 40-31	6 ₪
גיל 50-41	15 ₪
גיל 60-51	36 ₪
גיל 65-61	76 ₪
גיל 65 +	110 ₪

* ניתן לרכוש עד 4 יחידות ביטוח (שווי יחידה- 25,000 ₪)

התאמת הפוליסה לתקנות של המפקח על הביטוח

1. בעל הפוליסה מסר לחברת הביטוח מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש לחברה לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים.

2. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.

3. צירוף מבוטח

3.1 מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

3.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;

3.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

3.2 לא תצרף חברת הביטוח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

3.3 האמור בסעיף 5.2 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברת ביטוח או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

3.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

3.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

4. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבו

4.1 החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.

4.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבוטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

5. מתן מסמכים והודעות למבוטח

- 5.1 החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח; "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח ובין ההחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 5.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין החברה ובין המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

6. מתן הודעות למבוטח

- 6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבוטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה: "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מהמבוטח למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 6.2 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור תמסור החברה למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו המבוטח, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

7. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

- חודש הביטוח או שנו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח לחברה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבינו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.



תהליך הגשת תביעה

איך לנהוג בעת תביעה?

חשוב לציין כי בכל מקרה של תביעה ולפני קביעת תור/ביצוע ניתוח ו/או השתלה/התייעצות וכדו', יש ליצור קשר עם אשת הקשר גב' נורית אהרונוסון ולקבל את כל המידע בנוגע לתהליך הגשת התביעה, המסמכים הרלוונטים והשימוש בפוליסה.

מה לעשות כשצריך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל?

עם היוודע הצורך בהשתלה או בטיפול מיוחד בחו"ל, יש לפנות לאשת הקשר גב' נורית אהרונוסון כדי לקבל הדרכה בתהליך הגשת התביעה במקרה השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.

מה לעשות כשצריך ניתוח?

בכל מקרה של צורך בניתוח, יש לפנות לאשת הקשר גב' נורית אהרונוסון כדי לקבל את מלוא העזרה והייעוץ הדרושים בדבר תהליך הגשת התביעה.

מה לעשות כשצריך לבצע ניתוח באופן דחוף?

במקרה של ניתוח דחוף הינך מתבקש/ת להודיע לביה"ח ולמנתח כי הנך מבוטח/ת בביטוח רפואי בהראל.

בהזדמנות הראשונה יש להודיע לאשת הקשר גב' נורית אהרונוסון על הניתוח ולהעביר את כל המידע הרפואי בצרוף **הקבלות המקוריות** על התשלומים ששילמת.

למבוטחים שרכשו את הכיסוי המשלים לשב"ן – מה לעשות כשצריך ניתוח פרטי?

תוכנית הביטוח לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח (מסוג "כללית מושלם", "מגן זהב", "מאחדת עדיף"/"מאחדת שיא", "לאומית ועוד"/"לאומית זהב"), היא תוכנית ביטוח ייחודית המונעת כפל כיסוי, תוך חסכון כספי ניכר. להלן, נוהל הגשת תביעה בעת הצורך בניתוח פרטי, במסגרת התוכנית (נוהל זה רלוונטי אך ורק לגבי פרק הכיסוי לניתוחים):

העומד בבסיסה של התכנית לבעלי ביטוח משלים בקופ"ח, שהביטוח הינו רובד משלים לביטוח הקיים למבוטח במסגרת קופת החולים בה הוא חבר (שב"ן- שירותי בריאות נוספים); המשמעות היא, שעד שהמבוטח לא ממצה את זכויותיו במסגרת השב"ן, הוא אינו זכאי לקבלת תגמולי ביטוח כלשהם (לרבות התחייבויות) במסגרת התכנית.

לכן, כאשר מבוטח במסגרת תכנית זו נדרש לבצע ניתוח פרטי, עליו לפנות במקביל אל אגף התביעות ואל הביטוח המשלים של קופת החולים בה הוא חבר.

לנוחותכם, להלן פרטי קופות החולים השונות, אליהן יש לפנות בעת הצורך:

- קופ"ח כללית - *2700.

- קופ"ח מכבי - מוקד מידע 53-53-50-700-1.

- קופ"ח מאחדת - מוקד מידע *3833.

- קופ"ח לאומית - 507-507-700-1.

כיסוי לבעלי שב"ן (ביטוח משלים בקופ"ח)

ייתכנו 3 תגובות אפשריות של הביטוח המשלים בקופ"ח בעת תביעה לניתוח:

דחייה - דחיית התביעה לחלוטין ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח (כמו במקרה שבו מבוטח מצוי במהלכה של תקופת האכשרה בביטוח המשלים, או במקרה שבו סוג הניתוח אינו מוכר ע"י הביטוח המשלים - ניתוח קיסרי, בדיקות פולשניות כגון, אנדוסקופיות למיניהן); במקרה זה, יינתן לפעולה המבוקשת כיסוי מלא ע"י חברת הביטוח (בתנאי שהמבוטח זכאי לכיסוי אצל המבטח).

אישור במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים של קופ"ח והכרה בניתוח המבוצע ע"י רופא הסכם של הביטוח המשלים, בבי"ח המצוי בהסכם עם הביטוח המשלים.

במקרה כזה יקבל המבוטח מן הביטוח המשלים בקופ"ח התחייבויות לביצוע הניתוח. בחלק מן הביטוחים המשלימים (מכבי, לאומית) לא יידרש המבוטח לכל תשלום נוסף, ובביטוחים האחרים (כללית, מאוחדת) יידרש המבוטח לשלם השתתפות עצמית לצורך ביצוע הניתוח, והחזר עבור תשלום זה הוא יקבל במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן, כנגד הצגת קבלה מקורית, סיכום ניתוח וטופס תביעה כרגיל.

אישור שלא במסגרת הסכמי השב"ן - אישור התביעה ע"י הביטוח המשלים, אולם המנתח/בי"ח אינם מצויים בהסכם עם הביטוח המשלים. במקרה הנ"ל, לא ניתן לקבל מהביטוח המשלים התחייבויות לביצוע הניתוח, אלא רק החזר כספי בדיעבד לאחר הצגת קבלות מקוריות וסיכום ניתוח.

במקרה כזה יתבקש המבוטח לשלם לרופא ולביה"ח את עלות הניתוח ולהגיש את הקבלות לביטוח המשלים, ולאחר מכן להגיש לאגף התביעות את העתקי הקבלות בצירוף אישור על גובה החזר שנתקבל מהביטוח המשלים, וכן סיכום ניתוח וטופס תביעה. ההחזר יבוצע במסגרת תכנית הביטוח לבעלי שב"ן לפי הסכום שהיה משולם לספקי הסכם של הראל ובניכוי החזר שנתקבל מהביטוח המשלים.

יש להדגיש כי גם במקרה כזה חשוב וחיוני לפנות מראש לאשת הקשר גב' נורית אהרונסון בטלפונים הרשומים להלן, כדי לתאם ביצוע הניתוח.

מה לעשות במקרה של צורך בשימוש של אחד השירותים של כתב השירות?

יש ליצור קשר עם מוקד חברת פמי פרימיום בטלפון: **03-5688502**.

אנו עומדים לשירותך בכל עת!

להצטרפות התקשרו למוקד "איכות חיים"

טל': 03-6004000

אשת הקשר בנושא תביעות:

גב' נורית אהרונסון טל': 03-7966124

**בכל נושא אחר,
ניתן לפנות למוקד השירות של סוכנות מבטח סיימון**

טל': 03-7966820

פקס: 03-7966821

בנוסף, ניתן לפנות בשאלות באמצעות דואר אלקטרוני:

dina@beres.co.il

health@mvs.co.il

מוקד חברת פמי פרימיום

לשימוש בכתבי השירות

טל': 03-5688502

פרטי התקשרות

מוקד שירות לקוחות

*2735 *הראל ✎

www.harel-group.co.il 🖱

מבטח סיימון סוכנות לביטוח:
להצטרפות ומידע על תנאי הביטוח:
רח' היצירה 2, קריית אריה, פתח תקוה

מיקוד 495 1228

03-7966820 ✎

03-7976821 🖨

health@mvs.co.il 📧

יועצי הביטוח:

YDB ברס-ים יועצים בע"מ

03-6911390 ✎

03-6958662 🖨

ydb@ogen.co.il 📧

7006343 10/2013