ההסתדרות הרפואית בישראל
Israeli Medical Association

מנורה מבטחים

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי הר"י

רובד קטסטרופות: השתלות, תרופות מחוץ לסל, תרופות בהתאמה אישית, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל.

רובד הרחבות בתשלום לחברי הר"י ובני משפחתם:
פיצוי בגין מחלה קשה

רובד מושלמת: ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ, ושירותים אמבולטוריים נוספים

תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
הקדמה	2
גילוי נאות	3
פרקים א' - ג' מבוא, חריגים ותנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה	19
פרק ד' - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	66
פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	73
פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ובדיקות גנומיות	79
פרק ז' – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים	83
פרק ח' 1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון	107
פרק ח' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן	113
פרק ט' – התייעצות עם רופאים מומחים	122
פרק י' – שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים	123
פרק י"א – מנוי למשדר קרדיולוגי	124
פרק י"ב – בדיקות אבחנתיות	124
פרק י"ג – בדיקות תקופתיות	125
פרק י"ד – בדיקות הריון	126
מפרט הפוליסה	127
נספח	130
אופן הגשת תביעה והנחיות להגשת תביעה	131

מבוטח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**.
הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיה רפואית.

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומיידי.

במסגרת התכנית, המבוטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לחברים, ומומלץ לכל חבר/ה להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 01/07/2020 ותבוא לסיומה ביום 30/06/2025.

הפוליסה תכלול שלושה רבדים, שיכללו את הכיסויים הבאים:
רובד בסיס: השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית ובדיקות גנומיות.
רובד הרחבה: פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים חמורים.
רובד מושלמת: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/משלים שב"ן), התייעצות עם רופאים מומחים, שירותי חירון ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים, מנוי למשדר קרדיולוגי, בדיקות אבחנתיות, בדיקות תקופתיות ובדיקות הריון.

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,
אגף בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וחברי ההסתדרות הרפואית בישראל –
תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה:
רובד קטסטרופות:
פרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות
רובד הרחבה:
פרק ז' – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים
רובד הרחבה מושלמת:
פרק ח' 1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון
פרק ח' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן
פרק ט' – התייעצות עם רופאים מומחים
פרק י' – שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים
פרק י"א – מנוי למשדר קרדיולוגי
פרק י"ב – בדיקות אבחנתיות
פרק י"ג – בדיקות תקופתיות
פרק י"ד – בדיקות הריון

כתובת אתר החברה:	כתובת למשלוח דואר:	כתובת הדוא"ל של החברה:	מוקד שירות לקוחות החברה:
www.menoramivt.co.il	לידי תחום בריאות ת.ד 927 תל אביב 6100802	moked-health@menora.co.il	*2000 פקס: 153- 747049338

תמצית תנאי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות והוצאות נלוות, השתלות בארץ ובחו"ל, ניתוחים טיפולים מיוחדים ובחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ובדיקות גנומיות, פיצוי בעת גילוי מחלה קשה הרחבה לניתוחים בארץ וכיסוי אמבולטורי כמפורט, לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ובדיקות גנומיות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, פיצוי בעת גילוי מחלה קשה, ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן), כיסויים אמבולטוריים

תקופת הביטוח	לרובד קטסטרופות ורובד הרחבה - תקופת הביטוח 01/07/2020 ועד 30/06/2025 (5 שנים). לרובד הרחבה מושלמת – תקופת הביטוח מיום 01/04/2021 ועד 30/06/2025.
תיאור תכנית הביטוח	**רובד קטסטרופות:** כיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבדיקות ובדיקות גנומיות. **רובד הרחבה:** פיצוי בעת גילוי מחלה קשה. **רובד הרחבה מושלמת:** ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן), התייעצויות עם רופאים מומחים, שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים, מנוי למשדר קרדיולוגי, בדיקות אבחנתיות, בדיקות תקופתיות, בדיקות הריון.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה)	• לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בפרק ב' – סעיף 1 • לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק ד' - סעיף 4 פרק ה' – סעיף 5 פרק ו' – סעיף 7 פרק ז' – סעיף 7 פרק ח' 1 – סעיף 5 פרק ח'2 – סעיף 9
קיומם של כסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים

עלות הביטוח	להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח: פרמיה דיפרנציאלית:

רובד קטסטרופות (פרקים ד-ו' כולל)	
קבוצת גיל	דמי ביטוח חודשיים בש"ח
0-25	10 ₪
21-40	21 ₪
41-50	39 ₪
51-60	68 ₪
61-65	97 ₪
66+	118 ₪

רובד הרחבה – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים (פרק ז')	
קבוצת גיל	דמי ביטוח חודשיים בש"ח לכל יחידת ביטוח בגובה 50,000 ₪ (בכפוף להצטרפות ישירה מול המבטחת)
0-20	6.3 ₪
21-25	7.2 ₪
26-30	8.1 ₪
31-35	10.3 ₪
36-40	14.3 ₪
-41-45	22.2 ₪
46-50	30.9 ₪
51-55	41.1 ₪
56-60	67.2 ₪
61-65	99.2 ₪
66-75	204.1 ₪

רובד הרחבה מושלמת – ניתוחים בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים (פרקים ח' - י"ד)		
גיל	**ניתוחים בארץ – שקל ראשון**	**ניתוחים בארץ – משלים שב"ן**
0-25	₪ 15.9	₪ 13.9
26-40	₪ 46.1	₪ 44.1
41-50	₪ 64.25	₪ 62.25
51-60	₪ 74.50	₪ 72.50
61-65	₪ 86	₪ 84
+66	₪ 130	₪ 128

- ילד – עד גיל 25.
- ילד שלישי ואילך - חינם
- מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה, במסגרת מנגנון התאמת פרמיה הקבוע בסעיף 4.4, לפרק התנאים הכללים ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם.
- הצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח העובד בפוליסה.
- רובד קטסטרופות (פרקים ד'-ו' כולל) ממומן ע"י בעל הפוליסה לחברי/עובדי הר"י בלבד.
- המדד היסודי: המדד אשר פורסם ביום 15.06.2021 שערכו 12526 נק'.

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית
השתלות כמפורט בסעיף 2.1.1	השתלה אצל נותן שירות שבהסכם	שיפוי מלא	אין	אין
	השתלה שלא אצל נותן שירות שבהסכם	6,000,000 ₪		
טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף 2.2	טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם	שיפוי מלא		
	טיפול מיוחד בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם	1,500,000 ₪		
שיפוי להוצאות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בסעיף 2.3	הוצאות הערכה רפואית	שיפוי מלא		
	הוצאות הטיפול הרפואי	שיפוי מלא		
	הוצאות השגה ושימור איבר להשתלה	250,000 ₪		
	הוצאות שהות בבית חולים ואשפוז	שיפוי מלא		
	הוצאות שימוש בלב מלאכותי ו/או איבר מלאכותי אחר	שיפוי מלא		
	הוצאות חדר ניתוח	שיפוי מלא		
	הוצאות הטסת המבוטח והמלווה	שיפוי מלא		
	הוצאות הטסת רופא	שיפוי מלא		
	הוצאות הטסה רפואית	200,000 ₪		
	הוצאות העברה יבשתית	שיפוי מלא		
	הוצאות מגורים וכלכלה למבוטח ומלווה	1,000 ₪ ליום מבוטח מתחת		

		לגיל 18 1,500 ₪ ליום		
	הוצאות המשך טיפולים בחו"ל	שיפוי מלא		
	המשך טיפול בישראל	250,000 ₪		
	הטסת גופה לישראל	שיפוי מלא		
	הבאת מומחה לישראל	200,000 ₪		
	מעקב בחו"ל לאחר ביצוע השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל	100,000 ₪		
גמלה חודשית כמפורט בסעיף 2.3.19	לאחר ביצוע השתלה במבוטח מעל גיל 21 לאחר ביצוע השתלה במבוטח מתחת לגיל 21	7,100 ₪ לחודש למשך 24 חודשים 2,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים		
	גמלה חודשית בטרם ביצוע ההשתלה במבוטח מעל גיל 21	5,000 ₪ לחודש למשך 12 חודשים		
	לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במבוטח מעל גיל 21 לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל במבוטח מתחת לגיל 21	3,000 ₪ לחודש למשך 6 חודשים 1,750 ₪ לחודש למשך 6 חודשים		
פרק ה' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל				
שירותי ניתוח ואשפוז בניתוח בחו"ל / טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 1.2.1 ו2.2	ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שתואם מראש עם המבטחת	שיפוי מלא	אין	אין
	ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שלא תואם מראש עם המבטחת	עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ניתוח דומה בישראל		
הוצאות המשך טיפול בישראל	שכר יעוץ עם המנתח לאחר החזרה לארץ	2,500 ₪		20%
	התייעצות עם רופא	800 ₪		

כמפורט בסעיף 1.2.3	שיקומי לאחר ניתוח בחו"ל	להתייעצות ועד 2 התייעצויות		
	שיקום הדיבור והראיה	200 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים		
	התעמלות שיקומית	200 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים		
	טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום	200 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים		
	רכישה או השאלת אביזרים רפואיים	2,000 ₪		
	יעוץ/טיפול פסיכולוגי	240 ₪ ועד 12 טיפולים		
הוצאות נוספות כמפורט בסעיף 3	כיסוי להוצאות הטסה	שיפוי מלא		אין
	הוצאות הטסה רפואית	80,000 ₪		
	הוצאות שהייה של מלווה	800 ליום ועד 45 ימים		20%
	הוצאות שהייה של מבוטח לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל	800 ₪ ליום ועד 15 ימים		אין
	הוצאות הטסת גופה	שיפוי מלא		
	החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בחו"ל	750 ₪ ליום ועד 14 ימים		40%
	פיזיותרפיה וטיפולי שיקום	165 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים		20%
פרק ו' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות				
תרופות מיוחדות ומותאמות אישית כמפורט בסעיף 3-5	כיסוי לתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות, שכלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL תרופת יתום ועלות השירות הכרוך במתן התרופה	3,000,000 ₪ מתחדש כל 36 חודשים	אין	400 ₪ למרשם ועד 800 ₪ לכל המרשמים

	29 ג', IND ו/או חמלה	₪ 1,000,000 מתחדש כל 36 חודשים		
	ויטמינים / תוספי מזון / קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן	₪ 1,000 לחודש ועד 36 חודשים		20%
	בדיקות גנומיות	₪ 60,000		
פרק ז' – פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה				
פיצוי בגין קרות מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה/ אירוע רפואי חמור כמפורט בסעיף 4.1.1	אי ספיקת כבד פולמיננטית, מחלת כבד סופנית (שחמת), השתלת איברים, תרדמת, עמילואידוזיס ראשונית, מחלת ריאות חסימתית כרונית, מצב וגטטיבי קבוע (צמח קבוע) קבוצה שנייה: אוטם חריף בשריר הלב, שבץ מוחי ,ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיומיופטיה, סוכרת נעורים עד גיל 20, דום לב עם השתלה של דפיברילטור, נמק של חוט השדרה קבוצה שלישית: סרטן, גידול שפיר של המוח, השתלת מוח עצמות, אנמיה אפלסטית חמורה, שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה), פוליו, עיוורון, כוויות קשות, אילמות, אבדן דיבור, חירשות, תשישות נפש, דיסטרופיה שרירית, פרקינסון, צפדת	₪ 50,000 עבור כל יחידה נרכשת	90 ימים למקרה ביטוח ראשון 180 ימים, למקרה ביטוח נוסף, ממועד קרות מקרה הביטוח הקודם	אין

	(טטנוס), אי ספיקת כליות סופנית, טרשת נפוצה, ניוון שרירים מסוג ALS, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, דלקת חיידקית של קרום המוח, איבוד גפיים, מחלת דוויק נוירומיאליטיס אופטיקה, מחלת יעקוב קרויצפלד			
פיצוי בגין קרות מקרי ביטוח נוספים כמפורט בסעיף 4	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה ראשונה, בגין מקרה ביטוח מקבוצה שנייה/שלישית או מקבוצה ראשונה ובלבד שאין מדובר באותה מחלה	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	365 ימים	
	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שנייה בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שלישית	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	180 ימים	
	מקרה ביטוח נוסף לאחר מקרה ביטוח מקבוצה שלישית בגין מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה/שניה/שלישית	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	180 ימים	
	מקרה ביטוח של מחלת סרטן נוספת לאחר 5 שנים ממועד ההחלמה ממחלת הסרטן הקודמת	50,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	5 שנים ממועד ההחלמה ממחלת הסרטן הקודמת	
	מקרה ביטוח מיוחד: טיפול במפרצת מוחית, הוצאת גלגל העין וצנטור כללי טיפולי	5000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	90 ימים	

פיצוי בגין גילוי מוקדם של מחלת הסרטן כמפורט בסעיף 4.3	Carcinoma in Situ בשד/ סרטן ערמונית (מסוג Gleason Score עד ל- 6 (כולל)); הדורש התערבות ניתוחית	10,000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת	90 ימים	
	Carcinoma in Situ בצוואר הרחם או Carcinoma in Situ באיברים נוספים	5000 ₪ עבור כל יחידת ביטוח נרכשת		
פרק ח'1 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – שקל ראשון				
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מהשקל ראשון כמפורט בסעיף 3	התייעצות עם מומחה שבהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	90 יום. הריון או לידה 12 חודשים	אין
	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר עם המבטחת	1,500 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות בהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא		
טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 3.3	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא		
	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת	החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע		
פרק ח' 2 – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ – משלים שב"ן				
מקרה ביטוח שאינו מכוסה ע"י השב"ן כמפורט בסעיף 5	התייעצות עם מומחה שבהסדר	שיפוי מלא עד 3 שהתייעצויות בשנת ביטוח	90 יום. הריון או לידה 12 חודשים	אין
	התייעצות עם מומחה שלא בהסדר	1,500 ₪ להתייעצות ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח		

	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותני שירות שבהסדר עם המבטחת	שיפוי מלא		
	שכר מנתח והוצאות רפואיות ע"י נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטחת	החזר בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה בשב"ן		
	התייעצות עם מומחה שבהסדר	שיפוי מלא עד 3 שהתייעצויות בשנת ביטוח		
טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 6.1.1	טיפול מחליף ע"י נותן שירות בהסדר	שיפוי מלא		
טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 6.1.2	טיפול מחליף ע"י נותן שירות שאינו בהסדר	החזר עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע		
פרק ט' – התייעצות עם רופאים מומחים				
התייעצות בארץ כמפורט בסעיף 1	התייעצות עם רופא מומחה בארץ	שיפוי בגובה ההוצאה, עד 2 התייעצויות לפני כל ניתוח או בעת התרחשות אחד מהאירועים הבאים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף	ללא	215 ₪ בגין כל התייעצות

		לב ונכות מלאה ותמידית.		
התייעצות בחו"ל כמפורט בסעיף 2	התייעצות עם רופא ממחה בחו"ל	שיפוי בגובה ההוצאה, עד התייעצות אחת בעת התרחשות אחד מהאירועים הבאים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית.		20% ולא יותר מ- 3,750 ש"ח
פרק י' – שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים				
שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפולי שיניים כמפורט בסעיף 2	בדיקה	150 ₪	ללא	ללא
	צילום השן ו/או השיניים הכואבות	50 ₪		
	סתימה זמנית	150 ₪		
	אבחון הבעיה הרפואית ומתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת (לא כולל עלות התרופות במרשם)	150 ₪		
	עקירה דחופה - רגילה	200 ₪		
	עקירה דחופה - כירורגית	500 ₪		
	ניקוז מורסה (משן נגועה) דרך החניכיים	200 ₪		

	הדבקה ארעית של כתרים שנפלו	100 ₪		
	עקירת עצב מודלק	175 ₪		
פרק י"א – מנוי למשדר קרדיולוגי				
מנוי למשדר קרדיולוגי כמפורט בסעיף 3	הוצאות עבור דמי שירות למנוי למשדר קרדיולוגי	5,000 ₪ לשנת ביטוח ועד 5 שנים	ללא	ללא
פרק י"ב – בדיקות אבחנתיות				
בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 3	הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים הבאים: בדיקות מעבדה, צילומים, שיקופי רנטגן, בדיקות הדמיה, אולטרה סאונד (US), טומוגרפיה ממוחשבת (CT) MRI, א.ק.ג ובדיקות דימות כגון , CARDIO EMG,EEG ,PET CT,קולונוסקופיה וירטואלית, חוות דעת שניה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים וכל בדיקה אחרת המבוצעת בטכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד לאבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול בה. וכן, חבלי לפגוע בכלליות האמור, בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה וכל בדיקה אחרת לאבחון מחלה ו/או לקביעת דרכי	30,000 ₪ לכלל הבדיקות	ללא	25%

	הטיפול בה. **חוות דעת רפואית ראשונה - דוח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן , US ,CT MRI, בדיקות הדמיה אחרות וכל הבדיקות כמפורט לעיל, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכל בדיקה אחרת לאבחון מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה וכיוצא בזה.**			
פרק י"ג – בדיקות תקופתיות				
בדיקות תקופתיות [כמפורט בסעיף 3](#)	**בדיקות תקופתיות אצל נותן שירות בהסכם**	**החזר מלא, אחת ל- 3 שנים**	**ללא**	**250 ₪**
	בדיקות תקופתיות אצל נותן שירות שלא בהסכם	**50% מעלות ההוצאה בפועל, אחת ל- 3 שנים**		**50% ולא יותר מ- 1,500 ₪**
פרק י"ד – בדיקות הריון				
בדיקות הריון [כמפורט בסעיף 1](#)	**הוצאו שהוצאו לצורך בדיקות הריון**	**3,000 ₪ עבור סה"כ הבדיקות, הריון אחד לתקופת ביטוח**	**ללא**	**20%**

<u>הערות:</u>

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

*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

אופן משלוח מסמכי דיווח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבוטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון לטלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il.

יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: https://menora.click/privacypolicy

פוליסה קבוצתית לביטוח השתלות בארץ ובחו"ל, טיפולים מיוחדים בחו"ל, ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, תרופות בהתאמה אישית, בדיקות גנומיות ופיצוי בגין מחלה קשה, הרחבה לניתוחים בארץ וכיסוי אמבולטורי כמפורט, לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחתם

פרק א' – הגדרות כלליות לכל פרקי הפוליסה

מוצהר ומוסכם בזאת כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח – הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות המפורשת בצידם:

1.1	**הסכם הביטוח:**	הסכם שנערך בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לעריכת פוליסה לביטוח רפואי, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים או שיצורפו להסכם בעתיד, בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה.
1.2	**הפוליסה:**	חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה.
1.3	**דף פרטי ביטוח (דף הרשימה):**	דף המצורף לפוליסה וכולל את הפרטים והתנאים המיוחדים לפוליסה.
1.4	**המבטח**:	מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
1.5	**בעל הפוליסה:**	ההסתדרות הרפואית בישראל להלן: הר"י.
1.6	**תקופת ההסכם:**	5 שנים, החל מתאריך תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי כמצוין להלן.
1.7	**תאריך תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי:**	01/07/2020

1.8.	**תאריך תחילת הביטוח:**	התאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח של כל מבוטח, כתאריך תחילת הביטוח.
1.9.	**שנת ביטוח:**	תקופה בת 12 חודשים רצופים. תחילתה של השנה הראשונה בתאריך תחילת תוקף הביטוח למבוטח, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.
1.10.	**מבוטח זכאי:**	חבר ו/או עובד ו/או גמלאי אצל בעל הפוליסה הזכאי לביטוח על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה, ובלבד שלא הביע התנגדות להעברת מידע נדרש למבטח.
1.11.	**מבוטח**:	מבוטח זכאי אצל בעל הפוליסה, ובני משפחתו, אשר צורפו לפוליסת ביטוח זו, עפ"י תנאי ההצטרפות הקבועים בפרק התנאים הכלליים.
1.12.	**בן משפחה:**	בן או בת זוג של מבוטח זכאי, ילדיהם (ובני זוגם לפי העניין) ו/או נכדיהם (כולל ילדי בן/בת הזוג וילדים מאומצים).
1.13.	**בן/בת זוג:**	בן/בת זוג של מבוטח זכאי. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם המבוטח, בכפוף להצהרה בכתב של המבוטח הזכאי על כך.
1.14.	**צירוף אוטומטי:**	כניסת מבוטח זכאי לביטוח, ללא מילוי הצהרת בריאות ו/או שאלון כלשהו, ללא בדיקה רפואית או אחרת כלשהי, ללא החרגות מכל מין וסוג שהוא, בפרמיה הרגילה ובתנאים הרגילים לשאר המבוטחים מסוגו.
1.15.	**מוטב**:	הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח. יובהר כי

במקרה תביעה של קטין המוטב יהיה המבוטח זכאי. במקרה שבו שני בני הזוג מבוטחים זכאים, המוטב. יהיה האפוטרופוס של הקטין.

1.16. מקרה הביטוח: מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה.

1.17. תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה בת 90 יום, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תיחשב כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה. תקופת אכשרה תחול בכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

1.18. תאונה: אירוע פתאומי וחד פעמי שאירע בתקופת הביטוח, אשר גרם למבוטח נזק גופני או נפשי, כתוצאה מפגיעה של גורם חיצוני, או כאשר אירוע חיצוני התניע את התהליך שכתוצאה ממנו נגרם נזק למבוטח. מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועני המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו.

1.19. תקופת המתנה: תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מנין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת ההמתנה

		לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת ההמתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.
1.20.	**גיל המבוטח:**	מספר השנים השלמות שחלפו מתאריך הלידה של המבוטח ועד יום ההולדת האחרון.
1.21.	**דמי הביטוח (פרמיה):**	הסכום שבעל הפוליסה או המבוטח יעביר למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.
1.22.	**סכום ביטוח מרבי:**	הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
1.23.	**השתתפות עצמית:**	חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר שהמבוטח שילם את ההשתתפות העצמית, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה שצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
1.24.	**ישראל:**	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
1.25.	**חוק הביטוח:**	חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
1.26.	**חוק הבריאות:**	חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994.
1.27.	**תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**	תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009

1.28.	**צירוף אובליגטורי:**	צירוף, על פי נהלים והחלטות בעל הפוליסה, של חברים ו/או עובדים לפוליסה זו ללא אישורם המפורש, ובלבד שלא התנגדו בכתב להעברת נתוניהם למבטח, צירוף של מבוטחים חדשים לאחר תחילת מועד הסכם זה, מותנה בכך שלא התנגדו להעברת נתוניהם. היה ונדרש מהמבוטח לשאת בעלות הביטוח ו/או עלות שווי מס-יהא על המבוטח למלא טופס הצטרפות של המבטחת. צירוף אובליגטורי לביטוח אינו כרוך במילוי הצהרת בריאות, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם.
1.29.	**צירוף בהסכמת המבוטח:**	צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח, בכפוף למילוי טופס הצטרפות (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
1.30.	**מדד:**	מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.
1.31.	**מדד בסיס:**	המדד שיפורסם ב15 ליולי 2020. לגבי ההרחבות על פי פרקים ח' עד י"ד כולל המדד שיצוין **לגביהם בנפרד.**
1.32.	**חו"ל:**	כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרזו ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
1.33.	**בית חולים:**	מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים

שיקומיים), להוציא מוסד שהוא בית הבראה ו/או בית החלמה.

1.34. בית חולים אחר: בית חולים שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.

1.35. נותן שירות שבהסכם: מנתח, רופא מומחה, בית חולים, וכל רופא או ספק שירות רפואי אחר עמו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.36. נותן שירות שאינו בהסכם: מנתח, רופא מומחה, בית חולים וכל רופא או ספק שירות רפואי אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עמו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו.

1.37. רופא: מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז 1976, או אושר על ידי השלטונות המוסמכים בחו"ל כמי שרשאי לעסוק ברפואה.

1.38. רופא מומחה: רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים, אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימה הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 11 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הינו התחום הרלוונטי למקרה הביטוח, או רופא שהוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.

1.39.	**מנתח:**	רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות (בחו"ל) כמומחה- מנתח.
1.40.	**מעבדה:**	מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות (בחו"ל) כמעבדה רפואית.
1.41.	**אשפוז:**	שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע שירות רפואי המכוסה על פי פוליסה זו. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך קבלת שירות רפואי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.
1.42.	**שירותי ניתוח ואשפוז:**	שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, הוצאות אשפוז וחדר ניתוח, שכר יעוץ עם רופא מרדים, והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום.
1.43.	**הוצאות אשפוז:**	סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות שהייה סמוך לבית החולים הקשורות להשגחה הקשורה לטיפול הרפואי המבוטח, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח. **הוצאות חדר ניתוח:** כיסוי כל הוצאות חדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, בדיקות אבחוניות תוך כדי הניתוח ופעולות אחרות הנדרשות לצורך הניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח כל הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי

במהלך ביצוע הניתוח, זמני או קבוע על פי חיוב של בית החולים.

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

1.45 רצף ביטוחי מלא: מעבר ברצף לתכנית ביטוח זו מפוליסת בריאות קבוצתית אחרת של בעל הפוליסה, הכוללת כיסויים חופפים לתכנית ביטוח זו. המעבר בין תכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, בהתאם למועד הצטרפותו לפוליסה הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח בריאות קבוצתי של בעל הפוליסה.

1.46 סייג בשל מצב רפואי קודם: חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

1.47 ניתוח: כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE) בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה במועד ביצוע הניתוח, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, ו/או מניעה (לרבות על רקע גנטי) ו/או טיפול במצב רפואי, ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה, ו/או

בסימפטומים של מחלה ו/או פגיעה, ו/או תיקון פגם ו/או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח בין היתר גם פעולות פולשניות חדירתיות בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה בעת ביצוע הפעולה, לאבחון ו/או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ENDOSCOPY) אנדוסקופיות למיניהן, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה ו/או מרה וכן פעולות פולשניות חדירתיות בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה הידועה בעת ביצוע הפעולה, (למניעת ספק לרבות הזרקה) להחדרת שתלים מכל סוג ותיאור.
למניעת ספק ניתוח כולל השתלה ו/או טיפול מיוחד.
הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

1.48. טיפול מחליף ניתוח: טיפול רפואי, בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע.
מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו ו/או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.49. תותבת/ שתל: כל חומר, אביזר, איבר טבעי, איבר מלאכותי, ו/או חלק מחומר ו/או מאביזר ו/או מאיבר טבעי ו/או מלאכותי, ו/או מפרק

טבעי ו/או מלאכותי, המיוצר בכל טכניקה ו/או טכנולוגיה לרבות כאלו המיוצרים בטכנולוגיות חדשות מתקדמות, (כגון: הדפסה) המושתלים ו/או המורכבים ו/או המוזרקים בגופו של המבוטח, ו/או נעשה בהם שימוש במהלך ניתוח המכוסה בביטוח זה. למעט תותב/ שתל לצורך טיפול דנטלי, ולמעט איבר מושתל המכוסה בעת השתלה עפ"י פרק 2 (השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל).

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

1.50 מחלה: מצב של בריאות לא תקינה, ו/או קיום בעיה בריאותית, ו/או הפרעה במצב הבריאות של אברי הגוף, ו/או הפרעה גופנית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם, ו/או כל מצב לא תקין ו/או כשל תפקודי של הגוף.

1.51 טיפול שיקומי: כל טיפול שמטרתו שיקום, שיפור מיומנות, המאפשר תפקוד יומיומי תקין, לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים, או ריפוי בעיסוק או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים ו/או בעלי חיים.

1.52 תרופה: חומר כימי ו/או ביולוגי ו/או אחר ו/או תכשיר רפואי ו/או תכשיר ביוטכנולוגי אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים

הרפואיים (כולל כאב אך לא רק), לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה ו/או תאונה ו/או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), ו/או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. **ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18**

1.53 מרשם: מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון של טיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

1.54 טיפול תרופתי: נטילת תרופה על פי מרשם באופן חד פעמי ו/או מתמשך.

1.55 השתלה לעניין פרק ד': השתלת איבר שלם ו/או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם ו/או השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח ו/או השתלת מח עצם ו/או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, שחלות, כבד, אונת כבד, רחם וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים ו/או מודפסים ו/או שפותחו ו/או שגודלו באמצעים טכנולוגיים אחרים, של אחד מהאיברים ו/או חלקיהם המפורטים לעיל ו/או בדרך אחרת וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת

להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש. כולל הוצאות כריתה והוצאה מגוף המבוטח ו/או מתורם אנושי ו/או מבעל חיים ו/או יצור בטכניקה ו/או בטכנולוגיות ידועות בעת ביצוע ההשתלה של אחד או יותר מהאיברים לעיל.

כולל הוצאות השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי ו/או דם טבורי שמקורו מתורם אחר ו/או מתרומה עצמית של המבוטח והתאמתם לצורך השתלה במבוטח.

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

1.56. טיפול מיוחד בחו"ל:

כל טיפול רפואי, ניתוח, טיפול מחליף ניתוח, ו/או טיפול רפואי המשלב ביניהם המבוצע בחו"ל, העונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:

1.56.1. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.

1.56.2. אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.

1.56.3. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת ו/או שתי האוזניים, ו/או הראייה באחת ו/או שתי העיניים.

1.56.4. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, ו/או במחלה המטולוגית ו/או מחלה גידולית אחרת.

1.56.5. על פי חוות דעת של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן ההמתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, ו/או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

1.56.6. על פי הניסיון שנצבר במהלך 24 החודשים הקודמים להגשת הבקשה למבטח נראה כי סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל גבוהים מביצוע הטיפול בישראל.

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

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

1.58. טיפול ניסיוני: טיפול רפואי אשר ביצועו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי.

1.59. ועדת הלסינקי: ועדה המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן.

1.60.	**מבוטח קיים:**	מי שהיה מבוטח בהסכם לביטוח על פי "פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בריאות מושלמת לרופא לחברי/עובדי הר"י ובני משפחותיהם", ואשר מסתיים ביום 31.03.2021 (להלן: "**הביטוח הקודם**").
1.61.	**שב"ן:**	תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
1.62.	**מסלול מלא:**	בפרק הניתוחים במסלול המלא, ניתן כיסוי מלא, "מהשקל הראשון" לביצוע ניתוחים, ותגמול הביטוח משולמים ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

פרק ב' – חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה ורובדי הביטוח השונים

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
   1.1. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח.
   1.2. מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח. יובהר כי תום הביטוח אינו גורע מאחריות המבטח בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח. מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח יכוסה על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לתקופת ההתיישנות.
2. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים בין אם הם בהסכם עם המבטח ובין אם אחרים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים כאמור.
3. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
4. **מקרה הביטוח אירע במהלך של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם לרבות: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.**
5. **מקרה הביטוח נגרם במישרין או מפעילות אלימה מסוג פשע או עוון בה/בו השתתף המבוטח.**
6. **מקרה הביטוח נגרם מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי), מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מיוננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.**
7. **מקרה הביטוח נגרם עקב פעולה מלחמתית או פעולה צבאית.**
8. **טיפולים למטרות מחקר ו/או טיפולים שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים נסיוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.**
   טיפולים שנדרש אישור ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.
9. **ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאינם מלווים בצורך רפואי כלשהו ו/או אינם קשורים לצורך רפואי כלשהו.**

10. <u>סייג בשל מצב רפואי קודם:</u>

10.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין שירות ו/או טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות להלן שהגורם העיקרי לו, ללא תלות בגורם אחרים הינו 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:**

10.1.1. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו פחות מ- 65 שנים – החריג יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

10.1.2. היה גילו של המבוטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר – החריג יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

10.1.3. יובהר, כי המבוטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיפים 1.6-1.7 לעיל, לפי העניין.

10.1.4. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על מבוטח הנדרש למלא שאלון רפואי. במקרה כזה יחולו תנאי החיתום שנקבעו ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. סייג לחבות המבטח או הגבלת חבותו לגבי היקף הכיסוי הביטוחי, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

10.1.5. דחה המבטח תביעתו של מבוטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.

10.1.6. על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות קבוצתי על פי הסכמים עם בעל הפוליסה (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך

הצטרפות המבוטח לביטוח הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, במקרה זה לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על כיסויים וסכומי ביטוח חופפים.

פרק ג' – תנאים כלליים

1. מהות הביטוח:

הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על מבוטחים, הזכאים לביטוח על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם שהצטרפו לביטוח על פי כללי ההצטרפות המפורטים להלן:

2. חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי פוליסה זו לביטוח בריאות קבוצתי.

3. תקופת הסכם הביטוח:

3.1. תקופת הסכם ביטוח זו הינה 60 חודשים החל מ-01/07/2020 ועד 30/06/2025. הפוליסה הקבוצתית תתחדש לתקופה נוספת בת 60 חודשים בכפוף להסכמת בעל הפוליסה והמבטח לגבי תנאי הפוליסה וההסכם החדשים. לגבי פרקים ח' עד י"ד כולל לפוליסה זו, תקופת ההסכם תהיה החל מ- 01/04/2021 ועד 30/06/2025. אולם **מבוטחים קיימים**: דהיינו, **מי שהיה מבוטח בהסכם לביטוח על פי "פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות בריאות מושלמת לרופא לחברי/עובדי הר"י ובני משפחותיהם** ", ואשר הסתיים ביום 31/03/2021 (להלן: "**הביטוח הקודם**"), יצורפו באופן אוטומטי לביטוח במסלול מלא תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד 31/03/2021, ושנכלל בפוליסה זו ובכפוף לתשלום הפרמיה המגיעה על פי הנקוב בדף הרשימה. עד ה- 30/06/2021 יחולו תנאי הפוליסה הקודמת על מבוטחים קיימים כאמור לעיל לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי"- שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת. מבוטחים קיימים יהיו זכאים לעבור ממסלול מלא למסלול שב"ן בכל עת. במידה והמעבר יבוצע בתוך 60 יום מיום תחילת הביטוח, יהיו זכאים המבוטחים להיות מבוטחים במסלול שב"ן באופן רטרואקטיבי מיום תחילת הביטוח, ויהיו זכאים להחזר בגין הפרמיות העודפות שנגבו..

3.2. אם בתום תקופת הביטוח לא יחודש הביטוח לתקופה נוספת, תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הסכם הביטוח לתקופה נוספת בת 90 יום, בתנאים זהים לתנאי הסכם פוליסה זו, ובכפוף לתקנות.

3.3. חודשה תקופת הסכם הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבוטח לביטוח בתקופת הביטוח הראשונה.

3.4. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. <u>דמי הביטוח:</u>

4.1. מבוטחים אובליגטוריים הזכאים לביטוח המצורפים על פי נהלי בעל הפוליסה, פטורים מתשלום דמי ביטוח ויהיו במימון בעל הפוליסה.

4.2. עבור מבוטחים וולונטריים אשר יצטרפו לפוליסה באמצעי גבייה אישי, דמי הביטוח החודשיים, לכיסוי לשיפוי ו/או פיצוי על פי רובד 1 - קטסטרופות: פרקים ד' (השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל), ה' (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל) ו – ו' (תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות) יהיו כדלקמן:

רובד הבסיס (פרקים ד'-ו') הכולל:	
קבוצת גיל	**דמי ביטוח חודשיים בש"ח**
0-25	10 ₪
26-40	21 ₪
41-50	39 ₪
51-60	68 ₪
61-65	97 ₪
+66	118 ₪

- ילד עד גיל 25. ילד שלישי ואילך- חינם.

- דמי הביטוח לעיל יהיו צמודים למדד היסודי הקבוע בהסכם זה.
- העלות כמפורט לעיל בכפוף להצטרפות ללא מעורבות סוכן.
- בני משפחה- תשלום באמצעי גבייה אישי, הוראת קבע או כרטיס אשראי.

4.3 דמי הביטוח החודשיים לביטוח בריאות עבור כיסוי לפיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק ז') – רובד 2 - הרחבה למחלות קשות (יחידת ביטוח בסכום של 50,000 ₪):

- "מבוטח זכאי" עד גיל 47 (בהצטרפות ללא הצהרת בריאות ו/או חיתום): במימון ו/או תשלום בעל הפוליסה.
- לכל יחידה נוספת ל"מבוטח זכאי" עד גיל 47 ולכל יחידה ל"מבוטח זכאי" מגיל 47 ומעלה ולבני משפחה, דמי הביטוח יהיו כמפורט להלן:

רובד ההרחבה 2 (פרק ז') – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים	
קבוצת גיל	**דמי ביטוח חודשיים בש"ח לכל יחידת ביטוח בגובה 50,000 ₪ (בכפוף להצטרפות ישירה מול המבטחת)**
0-20	6.3 ₪
21-25	7.2 ₪
26-30	8.1 ₪
31-35	10.3 ₪
36-40	14.3 ₪
41-45	22.2 ₪
46-50	30.9 ₪
51-55	41.1 ₪
56-60	67.2 ₪
61-65	99.2 ₪
+66	204.1 ₪

- ניתן לרכוש עד 4 יחידות ביטוח (יחידה = 50,000 ₪ ובסה"כ 200,000 ₪).
- מבוטח זכאי אשר גילו עד 47 שנים ,זכאי ליחידת הפיצוי הראשונה במימון ו/או בתשלום בעל הפוליסה (סכום הפיצוי הממומן בקרות מקרה ביטוח: 50,000 ₪)עד הגיעו לגיל 47
- **גובה הפיצוי בגין גילוי מחלה קשה ואירועים רפואיים, הנרכש עבור מועמדים משניים יהא זהה לגובה הפיצוי שרכש המועמד הראשי.**
- הצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח החבר בפוליסה
- הכיסוי הביטוחי ברובד ההרחבה מחלות קשות יגיע לסיומו עם הגעת המבוטח לגיל 75
- המדד היסודי :מדד חודש יוני , 2020 אשר פורסם בתאריך ה-15.7.2020.

4.4. עבור מבוטחים וולונטריים אשר יצטרפו לפוליסה , באמצעי גבייה אישי, דמי הביטוח החודשיים, לכיסוי לשיפוי ו/או פיצוי על פי רובד הרחבה 3- מושלמת לרופא : פרקים ח', ט' י', י"א, י"ב, י"ג, י"ד יהיו כדלקמן:

רובד הרחבה 3 - מושלמת לרופא – ניתוחים בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים		
קבוצת גיל	**משלול ניתוחים בארץ – שקל ראשון**	**מסלול ניתוחים בארץ – משלים שב"ן**
0-25	₪ 15.90	₪ 13.90
26-40	₪ 46.10	₪ 44.10
41-50	₪ 64.25	₪ 62.25
51-60	₪ 74.50	₪ 72.50
61-65	₪ 86	₪ 84
+66	₪ 130	₪ 128

4.5. <u>התאמת פרמיה:</u>

4.5.1. **לאחר ובכל 24 חודשי ביטוח** החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") ובפעם הראשונה ב 30.06.2022 תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות.

4.5.2. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה"). בכפוף לאמור לעיל.

4.5.3. בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.

4.5.4. לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו לתקופת החשבון (אלא אם יוסכם בין המבטח ובין בעל הפוליסה על הפחתה בדמי הביטוח) למעט הצמדתן למדד ו/או על פי בקשת בעל הפוליסה והסכמת המבטח, יתווספו לפוליסה כיסויים נוספים.

4.5.5. התאמת הפרמיות, תבוצע בתום כל 24 חודשי ביטוח, לרבות במהלך תקופות ביטוח מוארכות (אם יהיו).

4.6. <u>קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:</u>

המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 20 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או נכדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או נכדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח":

4.6.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

4.6.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.

4.6.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

במהלך תקופת הביטוח – בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

4.6.4. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

4.7. על אף האמור בסעיף 4.5 הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

4.8. <u>הצטרפות לביטוח:</u>

4.8.1. <u>הצטרפות מבוטחים זכאים:</u>

מבוטחים זכאים על פי החלטות ונהלי בעל הפוליסה במועד תחילת ההסכם, שלא הביעו התנגדות מפורשת להצטרפותם, יצורפו לביטוח זה (לכיסוי האובליגטורי- הממומן ו/או משולם על ידי בעל הפוליסה) באופן אוטומטי החל ממועד תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי.

4.8.2. <u>הצטרפות מבוטח זכאי ובני משפחה של מבוטח זכאי לביטוח וולונטרי:</u>

4.8.2.1. בני משפחה של מבוטח זכאי ומבוטח זכאי כאמור לעיל אשר צורף לביטוח, יהיו זכאים להצטרף לביטוח באופן וולונטרי בתוך 180 יום ממועד תחילת הסכם הביטוח הקבוצתי. ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות

4.8.2.2. בחלוף תקופה זו (180 יום ממועד תחילת ההסכם), הצטרפות בני המשפחה והמבוטח

הזכאי לביטוח וולונטרי מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.8.2.3. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.8.3. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, בני משפחתו של מבוטח זכאי ומבוטח זכאי שיצטרפו לביטוח, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה מבוטחים בביטוח קולקטיבי אחר אצל המבטח ו/או קולקטיבי אחר על ידי בעל הפוליסה אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים, ובלבד שהביטוח האחר בוטל או הופסק לגביהם. לגבי הכיסויים החופפים, לא תחול תקופת אכשרה או סייג מצב רפואי קודם.

4.8.4. **<u>הצטרפות מבוטחים זכאים חדשים ובני משפחתם:</u>**

4.8.4.1. מבוטחים זכאים חדשים אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יצורפו לביטוח האובליגטורי הממומן ו/או המשולם על ידי בעל הפוליסה באופן אוטומטי מהמועד בו אישר בעל הפוליסה את זכאותם להצטרף לביטוח.

4.8.4.2. בני משפחתם של מבוטחים זכאים חדשים ומבוטחים זכאים חדשים אשר צורפו לביטוח הוולונטרי, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 180 יום מהמועד בו אישר בעל הפוליסה את זכאותם של המבוטחים הזכאים החדשים להצטרף לביטוח. ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות. על מבוטחים אלה תחול תקופת אכשרה וסייג מצב רפואי קיים כאמור בפרק ב'- חריגים כלליים.

4.8.4.3. בחלוף תקופה זו (180 יום ממועד תחילת זכאותם), הצטרפות בני המשפחה והמבוטח הזכאי לביטוח הוולונטרי מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתם לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.8.4.4. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.8.5. <u>הצטרפות בן/בת זוג חדש/ה:</u>

4.8.5.1. בן/בת זוג אשר ת/ינשא למבוטח זכאי וילדיו/הם יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 180 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של המבוטח הזכאי (בהתאם להצהרת החבר/ה ו/או העובד/ת). ההצטרפות מותנית במילוי טופס הצטרפות, ללא מילוי הצהרת בריאות, ובכפוף לתקופת אכשרה. על מבוטחים אלה יחול סייג מצב רפואי קיים כאמור בפרק ב' - חריגים כלליים.

4.8.5.2. בחלוף תקופה זו (180 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור כאמור), הצטרפות בן/ת זוג מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.8.5.3. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים

4.8.6. <u>צירוף תינוק לביטוח:</u>

4.8.6.1. תינוק של מבוטח זכאי שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר במהלך 180 יום מיום היוולדו תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף לתקופת אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד היוולדו.

4.8.6.2. בחלוף תקופה זו (180 יום מיום היוולדו), הצטרפות התינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, אשר לאחריהם יועבר אישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיו ו/או סייגיו.

4.8.6.3. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.8.7. <u>צירוף ילד מאומץ:</u>

4.8.7.1. ילד מאומץ של מבוטח זכאי, שתוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 180 יום מיום האימוץ, יצורף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי, ובכפוף תקופת אכשרה, וזכאותו לתגמולי ביטוח ותוקף הביטוח עבורו יחל למפרע במועד בו הוכר כילדו של העובד על פי חוק.

4.8.7.2. בחלוף תקופה זו (180 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה.

4.8.7.3. הביטוח עבור מבוטחים אלה יכנס לתוקפו ב-1 בחודש העוקב למועד בו אישר המבטח את קבלתם לביטוח, בכפוף לתשלום דמי הביטוח הנדרשים.

4.8.8. <u>פרישה של מבוטח זכאי מהביטוח וצירופו בשנית:</u>

4.8.8.1. מובהר בזאת כי מבוטחים זכאים אשר מסיבה כלשהי פרשו מביטוח זה וחזרו בהם, וממועד פרישתם עברו ששה חודשים, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. במקרה של מבוטחים זכאים, אשר הביעו התנגדותם להצטרפות אובליגטורית לתכנית ביטוח זו, במועד תחילת זכאותם, הצטרפותם לביטוח תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות ומותנית בהסכמה ובאישור מפורש של בעל

הפוליסה ושל המבטח. מבוטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופות האכשרה הנקובות (אם קיימות) בכל פרק.

4.8.8.2. צירוף בני משפחה בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח המבוטח הזכאי.

4.8.8.3. במקרה של מבוטח זכאי שנפטר/ה עם זכאות לביטוח, ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים כל עוד ההסכם ממשיך להיות בתוקף, (לרבות בעת חידוש,) באמצעות אמצעי גביה ישיר למבטח.

4.8.9. <u>תשובת המבטח לבקשת הצטרפות:</u>

4.8.9.1. המבטח ישיב לבקשת ההצטרפות תוך 30 ימי עבודה, מיום בו התקבלו במשרדיו הבקשה וכל המסמכים הדרושים לבחינת תנאי ההצטרפות.

4.9. <u>צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט:</u>

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

4.9.1.1. במועד תחילת תקופת הביטוח, לשלם דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1 ד(ג) לחוק עובדים זרים.

4.9.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

4.9.1.3. לא יצרף המבטח מבוטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים מסוגים מסוימים (בסעיף זה- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד, במקרים שבהם ניתנת למבוטח

אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד, ואם המבוטח הוא ילדו או בן- זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

4.9.2. סעיף 4.8.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

4.9.2.2. 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 בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

4.9.2.3. תקנת המשנה כאמור בסעיף4.8.2 לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

4.9.2.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים במועד חידושה.

4.9.2.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי מלא לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש, ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד.

4.9.2.4. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה:

4.9.2.4.1. ניתוחים.
4.9.2.4.2. תרופות.
4.9.2.4.3. השתלות.
4.9.2.4.4. מחלות קשות.
4.9.2.4.5. שיניים.
4.9.2.4.6. תאונות אישיות.

5. <u>מתן מסמכים למבוטח- בהתאם לסעיף 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:</u>

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

5.2. על אף האמור לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:

5.2.1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.

5.2.2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.

5.2.3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.3. דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

5.3.1. שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.

5.3.2. סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.

5.3.3. הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.

5.3.4. תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה.

5.3.5. אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;

5.3.6. פרטים נוספים שיורה עליהם המפקח.

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

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

6. <u>מתן הודעות למבוטח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:</u>

6.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

6.1.1. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש – ימסור המבטח האחר לכל יחיד

בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

6.1.2. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

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

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

7. <u>תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות:</u>

7.1.1. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה, ישלח המבטח בתוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל

לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

7.1.2. אם תוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלח המבטח הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

7.1.3. אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח, וזאת בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

7.1.4. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו.

7.2. המבטח זכאי בשלב בחינת תנאי ההצטרפות, לפנות לכל גורם לגביו ניתן הויתור לקבלת מידע אודות מצבו הרפואי של המבוטח. לא עשה כן, יהיה מנוע מלטעון בשלב התביעה כי המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח או פחתה חבות המבטח, בשל מצב רפואי קודם.

8. <u>תביעות:</u>

8.1. הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח:

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטח תוך זמן סביר לאחר שנודע לו, ועל המוטב להודיע למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנודע לו, על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משחרר את השני מחובתו.

8.2. בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח:

8.2.1. משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.

8.2.2. על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור

החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

8.3. מבלי לגרוע מזכאותו של המבוטח על פי תנאי הפוליסה ועל פי כל דין, המבוטח רשאי לפנות למבטח לקבלת אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול. למען הסדר הטוב יודגש כי האישור המוקדם נועד כדי לידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך השתתפות המבטח בגין הטיפול, וכן אם נותן השירות מאושר לבצע את הטיפול המבוקש.

8.4. יודגש כי במקרי ביטוח הבאים: ניתוחים בחו"ל, השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.

8.5. אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, כמתחייב בסעיף 8.4 לעיל, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.

8.6. למרות האמור בס' 8.4 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.

8.7. יובהר למעלה מכל ספק כי המבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא או המטפל ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

8.8. זמני טיפול בתביעה:

8.8.1. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

8.8.2. עם קבלת מסמכי התביעה במשרדי המבטח, ישלחו הודעת SMS ומייל המעדכנים את המבוטח על הגעת המסמכים והזמן המשוער הנדרש לסילוק התביעה.

8.8.3. המבטח יבדוק את המסמכים הרפואיים שיגיש המבוטח בכל הקשור לכיסוי הביטוח בפוליסה שברשותו, ויסייע למבוטח למצות את מלוא זכויותיו בכל הכיסויים אשר בפוליסת הביטוח.

8.8.4. אם יתברר כי נדרשים מסמכים נוספים לברור חבותו של המבטח, ו/או לצורך סילוק התביעה, יפנה נציג המבטח בשיחה טלפונית למבוטח, ובנוסף גם במייל מתועד, יעדכנו לגבי המסמכים החסרים, וידריך אותו על אופן שליחת המסמכים החסרים.

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

8.8.6. לא אושרה התביעה תוך פרק הזמן הקבוע בס' 6.8.5, יהיה זכאי המבוטח לפנות לוועדת הערר, וזו תהיה מוסמכת לאשר את התביעה עפ"י המידע והמסמכים שהגיש המבוטח.

8.9. הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח:

8.9.1. לא קוימה חובה לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 (ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

8.9.1.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

8.9.1.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.

8.9.2. עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

9. <u>תגמולי ביטוח:</u>

9.1. מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו.

9.2. תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח:

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

9.2.1. התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם:

9.2.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית.

9.2.1.2. כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

9.2.1.3. במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

9.3. השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם:

9.3.1.1. אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותני השירות, או לשלמם למבוטח כנגד מסמכים המאשרים את ביצוע התשלום לנותן השירות. במקרים בהם נבצר מהמבוטח לממן את השירות הרפואי ולקבלו במועד, ועקב כך ישנה סכנה לחיו ו/או להחמרה משמעותית במצב בריאותו, יסדיר המבטח את הקדמת התשלום לנותן השירות ו/או למבוטח טרם קבלת השירות הרפואי.

9.3.1.2. המבוטח ימסור למבטח כל הקבלות (מקור ו/או העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים למבטח לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי.

9.3.1.3. אם יידרש לכך, על המבוטח לצרף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים, ואישור של אותו הגורם לגבי הסכום ששילם למבוטח

בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

9.3.1.4. המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבונו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

תגמולי הביטוח ישולמו תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הנוגעים לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

9.4. טיפולים רפואיים בחו"ל:

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

9.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר:

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

9.6. פטירת מבוטח:

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהיעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה, ככל שמחויב המבטח בכל אחד מפרקי הפוליסה, ליורשיו של המבוטח.

9.7. יובהר, כי המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.

9.8. זכאות במהלך שירות צבאי סדיר:

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר, כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

10. <u>ערעור על החלטת המבטח:</u>

10.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

10.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

10.3. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.

10.4. ועדת הערר תורכב מ-3 נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ ביטוח המקובל על הצדדים. החלטות הוועדה יתקבלו ברוב קולות חבריה.

10.5. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ- 30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.

10.6. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת בין חברי הוועדה (להלן בסעיף זה: "המומחה"). במקרים בהם לא הושגה הסכמה, יועץ ביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת המומחה. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.

10.7. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תיחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.

10.8. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

11. <u>זכות שיבוב כלפי צד שלישי:</u>

11.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית שב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות

המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

11.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

11.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

11.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

12. <u>כפל ביטוח- בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:</u>

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

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

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא נכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה שלא עקב טעות או חור תשומת לב , פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור. בהתייחס לפרק דד בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.

13. <u>הצמדה:</u>

13.1 כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית, ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכול פי העניין, יהיו צמודים למדד.

13.2 חישוב הצמדה יעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או ע"י המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הבסיסי של הפוליסה.

13.3 מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין, ובלבד שהתקבלו בתוך 4 ימי עבודה מהמועד הנקוב.

14. <u>ביטול הפוליסה על ידי המבטח:</u>

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט אם המבוטח לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 60 יום, ו/או בעל הפוליסה לא שילם את דמי הביטוח כמוסכם, במקרה זה, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח, יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח.

14.1 ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה:

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים. בכפוף להעברת קבוצת המבוטחים למבטח אחר.

14.2 מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של המבוטח, המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת.

14.3 יובהר, כי ביטול הפוליסה של המבוטח הזכאי יהווה גם ביטול הפוליסה של כל בני משפחתו. ביטול הפוליסה עבור בן משפחה של המבוטח הזכאי לא יהווה ביטול הביטוח של המבוטח הזכאי ו/או של המבוטחים האחרים.

15. <u>ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים- בהתאם לסעיף 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:</u>

15.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה והודיע המבוטח בכתב למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 90 ימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 90 הימים כאמור.

15.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפוליסה לעיל, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בפוליסה לעיל. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

15.3 על אף האמור בסעיף 16.1 ובנוסף לאמור בסעיף 17.1, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. <u>תום הביטוח ו/או הפסקתו:</u>

16.1 תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:

16.1.1 יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.

16.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבוטח הזכאי את עבודתו ו/או את חברותו אצל בעל הפוליסה.

16.1.3. שלושה ימים לאחר המועד בו הודיע המבוטח בכתב למבטח, על הפסקת הביטוח לגביו.

16.1.4. לגבי בני משפחה– היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ או בדרך אחרת על ביטול הביטוח עבור המבוטח הזכאי ו/או על סמך הודעה בכתב של המבוטח הזכאי על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג – ידועים בציבור.

16.1.5. מות המבוטח. למניעת ספק מו"מ בזה כי מות מבוטח זכאי אינו מבטל את זכאות בני המשפחה להמשך הביטוח.

16.1.6. יציאת עובד זכאי לגמלאות מבעל הפוליסה אינה מבטלת את זכאותו וזכאות בני משפחתו להמשך הביטוח בגבייה אישית בתנאים של שאר המבוטחים בפוליסה.

16.2. תום תקופת הביטוח בהתאם לסעיף 9 ב׳ בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט:

פוליסה זו לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 17.1, ויחולו כל הכיסויים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל פוליסה זו.

17. <u>המשכיות:</u>

17.1. סיום ההסכם או ביטולו:

17.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים וסכומי ביטוח חופפים או, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

17.1.2. דמי הביטוח למבוטחים זכאים ובני משפחתם, לרבות מבלי לפגוע בכלליות האמור בני משפחה של מבוטח זכאי שהלך לעולמו, יהיו בתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסיה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל ומין המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי ובהנחה בגובה 30% לכל חיי המבוטח ו/או הפוליסה בתנאי שצורף לביטוח הפרטי באמצעות המבטחת.

17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 120 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית והתשלום עבורה תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים מהכלול בפוליסה זו.

17.1.5. מובהר בזאת כי האמור בס"ק 17.1.2 מתייחס לכיסויי וסכומי ביטוח חופפים מאלה בהם היה המבוטח על פי פוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

17.1.6. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

17.1.7. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

17.1.8. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת הביטוח הנוכחית.

17.1.9. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים וההנחה המוצעת.

17.2. המשכיות הביטוח עקב סיום זכאות אצל בעל הפוליסה:

17.2.1. בנוסף לאמור בסעיף 15.3 לעיל, מבוטח זכאי שהסתיימה זכאותו (שסיים את חברותו ו/או עבודתו) אצל בעל הפוליסה ובני משפחתו שהיו מבוטחים, יוכלו לבחור לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים וסכומי ביטוח חופפים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום הזכאות, ובלבד שהיה מבוטח בתכנית ביטוח זו במשך 36 חודשים לפחות.

17.2.2. דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסיה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל ומין המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום זכאותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר ברור לגבי האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים וסכומי ביטוח חופפים.

17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה מיום סיום זיקתו לבעל הפוליסה.

17.2.5. עובד שפרש לגמלאות ובני משפחתו או שארים של עובד/ גמלאי יהיו מבוטחים בתנאי הביטוח הקבוצתי בותנאי כי הסדירו תשלומם הביטוח באמצעי גבייה אישי.

17.2.6. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.

17.2.7. האמור לעיל יחול, בשינויים המחויבים, גם על הפסקת הביטוח עקב גירושין של מבוטח זכאי אצל בעל הפוליסה.

17.3. המשכיות הכיסוי לפיצוי בעת גילוי מחלות קשות למבוטח זכאי המגיע לגיל 47:

17.3.1. הביטוח לגילוי מחלה קשה כאמור בפרק ז', יסתיים עבור כל מבוטח זכאי בתום החודש בו מלאו לו 47 שנה. המבוטח יהיה זכאי להמשיך את הכיסוי הביטוחי ברצף ביטוחי מלא במסגרת פוליסה זו ובתנאי שהגיש בקשת המשכיות תוך 90 ימים ממועד תום הכיסוי הביטוחי והסדרת אמצעי התשלום באופן אישי.

17.3.2. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטח יסדיר את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

17.4. המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת מבוטח זכאי:

מובהר, כי שאיריו (בני משפחה) המבוטחים של מבוטח זכאי שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו, ודמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים (בני משפחה).

17.5. יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי ההמשכיות המצוינים לעיל.

18. <u>זכויות המבוטחים הזכאים בתקופת חל"ת/חל"ד:</u>

מבוטח זכאי שיצא לחופשה ללא תשלום ו/או לחופשת לידה (להלן "חל"ת"/"חל"ד"), ופסקה הזיקה בינו ובין בעל הפוליסה בין אם מיוזמתו ובין אם מכוח חוק, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת החופשה, בתעריף הנהוג לכלל המבוטחים הוולונטריים, בכפוף לכך שיסדיר

עם המבטח את דרך תשלום דמי הביטוח, ולחילופין ישמור על זכאות לרצף ביטוחי לתקופה שאינה עולה על 6 חודשים.

19. <u>זכויות המבוטחים בתקופת פלושיפ בחו"ל:</u>

מבוטח זכאי שיצא לפלושיפ, ופרטיו הועברו למבטח, יהיה זכאי להמשיך את הביטוח על פי תנאי פוליסה זו למשך תקופת הפלושיפ, בתעריף הנהוג לכלל המבוטחים, בכפוף לכך שיסדיר עם בעל הפוליסה את דרך תשלום דמי הביטוח, ולחילופין יסדיר עם בעל הפוליסה שמירה על זכאות לרצף ביטוחי (ברות ביטוח) לתקופה שאינה עולה על 36 חודשים.

20. <u>ברות ביטוח:</u>

מבוטחים זכאים ובני משפחתם שיצאו אתם אשר יצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום ברצף, יהיו זכאים לשמור על ברות ביטוח, אשר משמעותה כדלקמן:

20.1. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. (למעט על פי הרחבה למחלות קשות פרק ז' - מחלות קשות - אם נרכש על ידו)

20.2. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם פרמיה השווה ל- 25% מהפרמיה אשר הייתה משולמת על ידו או עבורו אם היה מבוטח רגיל.

20.3. עם שובו של המבוטח להתגורר בישראל, יוכל לשוב ולהצטרף לפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי שיודיע לחברת הביטוח על חזרתו לארץ ורצונו לחזור ולהצטרף לפוליסה בהיקף כיסויים מלא. ובתשלום הפרמיה במלואה. כל זאת עד 90 יום מיום חזרתו לארץ.

20.4. תקופת ברות הביטוח תסתיים עם סיום הפוליסה. אולם, אם רכש המבוטח הזכאי ובני משפחתו המבוטחים פוליסת המשך, יוכל להאריך את תקופת ברות הביטוח בפוליסה הפרטית בתנאים המפורטים לעיל ובכפוף לכך שההתקשרות מול החברה המבטחת תבוצע באופן ישיר.

20.5. הודעות למבוטחים במהלך תקופת ברות הביטוח תשלחנה למבוטח עפ"י הכתובת האחרונה בישראל עליה הודיע המבוטח למבטח ו/או באמצעות דואר אלקטרוני. לא תשלחנה הודעות לכתובות בחו"ל.

20.6. לצורך הפעלת ברות הביטוח על המבוטח להודיע לחברה בכתב, ובצירוף מסמכים המעידים על עזיבת הארץ לתקופה העולה על 90 יום וכן על תאריך חזרתם לארץ ותום ברות הביטוח ומעבר לחידוש הביטוח ברצף.

21. <u>שינויים בפוליסה:</u>

21.1 בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/ שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.

21.2 לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה.

21.3 אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים לעיל הקשורים לנושא שינוי בדמי ביטוח ו/או בתנאי הכיסויים, לפי העניין.

22. <u>גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל:</u>

יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

23. <u>התיישנות:</u>

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

24. <u>חוק הביטוח:</u>

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

25. <u>הודעות:</u>

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום ו/או בהודעת דואר אלקטרונית. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם

האוכלוסין, וזו האחרונה תחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה.

26. <u>מקום שיפוט:</u>

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

27. <u>פרשנות:</u>

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבויות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.
בעל הפוליסה אינו אחראי לטיב הכיסוי הניתן על פי הפוליסה, כל הוצאה שתהא לבעל הפוליסה בגין תביעה נגדו בקשר לפוליסה זו וכל תביעה כאמור שתוגש נגדו תנוהל ותכוסה על ידי המבטח.

פרק ד' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, או טיפול מיוחד בחו"ל.

1.1 לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.

1.2 לעניין סעיף זה- המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול.

2. חבות המבטח:

2.1 סכום הביטוח במקרה של השתלה- המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 המסלולים החלופיים הבאים:

2.1.1 מסלול שיפוי:

2.1.1.1 ביצוע השתלה בתיאום עם המבטח

2.1.1.2 אם ההשתלה בוצעה בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 3.3 להלן (למען הסר ספק, התקרות הקבועות בסעיף 3.3 להלן, אם נקבעו, לא יחולו במקרה זה). לעניין סעיף זה "בתאום עם המבטח"- המבוטח הודיע למבטח מראש על הצורך בביצוע השתלה, ביצוע ההשתלה אושר מראש על ידי המבטח, וההתקשרות עם נותני השירות הרפואי, תיאום ההשתלה, והתשלום עבור ביצוע ההשתלה נעשו ישירות על ידי המבטח. (להלן "בתאום עם המבטח").

2.1.1.3 ביצוע השתלה שלא בתיאום עם המבוטח במקרה של ביצוע ההשתלה שלא בתאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות ביצוע ההשתלה יהיה עד

6,000,000 ₪ לכל מקרה ביטוח, ובהתאם לאמור בסעיף 3.3 להלן, ולתקרות הקבועות בו אם נקבעו.

2.1.1.4. **תנאי לחבות המבטח:**

חבות המבטח לשיפוי המבוטח בגין ביצוע השתלה מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

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

2.1.1.4.2. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

2.2. סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:

2.2.1. אם הטיפול המיוחד בוצע בתאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים בסעיף 2.3 להלן.

2.2.2. במקרה של ביצוע הטיפול המיוחד לא בתאום עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי הינו **1,500,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.**

2.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל:

2.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

למען הסדר הטוב יובהר, כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

2.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

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

2.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל או האיבר המודפס או האיבר המיוצר בטכנולוגיה אחרת, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו,

שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל. מובהר כי חבותו של המבטח לאיתור מח עצמות לא תעלה על **250,000 ₪ למקרה ביטוח.**

2.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוזו ושהותו בבית החולים, לרבות ומבלי למצות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים (זמניים או קבועים) וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

2.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי ו/או איבד מלאכותי אחר:

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

2.3.6. הוצאות חדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות חדר ניתוח כמוגדר לעיל, בהתאם להוצאות בפועל.

2.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

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

2.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 2.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה

ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל במבוטח בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

2.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל **ועד לתקרה של 120,000 ש"ח.** הטסה רפואית משמעה – הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

2.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

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

2.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל

ועד לסכום **של 1,000 ש"ח ליום.** אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה **1,500 ש"ח לכל יום**. **מובהר, כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.**

2.3.12. הוצאות המשך טיפולים בחו"ל:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך בקרה עליהם, אם בוצעו במהלך 12 חודשים מביצוע ההשתלה בפועל, בהתאם להוצאות בפועל ועד סכום הביטוח המרבי. הכל ובתנאי שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חוו"ד של רופא מומחה בכיר בישראל ו/או בחו"ל הקובעת כי אי ביצועו בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח.

2.3.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד, **עד לסכום של 250,000 ₪.**

2.3.14. הוצאות הטסת גופה:

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

2.3.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה בישראל או לביצוע טיפול מיוחד:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה- **עד 200,000 ₪ למקרה ביטוח אחד**. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.3.16. תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהיה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול מיוחד **ועד 50,000 ₪.**

2.3.17. כל התשלומים להשתלה או לטיפול בחו"ל, כמפורט בסעיפים לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר

הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים להוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול בחו"ל, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, **בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי** להשתלה או לטיפול בחו"ל, בהתאמה.

2.3.18. בנסיבות שבהן המבוטח יצא לחו"ל לצורך השתלה, וההשתלה לא בוצעה, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי הביטוח הקבועים לעיל.

2.3.19. גמלת החלמה לאחר השתלה בארץ או בחו"ל:

2.3.19.1. **לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח בחייו, לגמלה חודשית כדלקמן:**

2.3.19.1.1. למבוטח שבעת ביצוע ההשתלה מעל גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך **5,000** ₪ מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים. למבוטח עד גיל 21 תשולם גמלה חודשית בסך **2,500** ש"ח, מיום ביצוע ההשתלה, ולמשך תקופה בת 24 חודשים.

2.3.19.1.2. גמלה עפ"י סעיף 2.3.19.1.1 לא תשולם למבוטח שעבר השתלת קרנית או השתלת מח עצם.

2.3.19.1.3. אם אושרה תביעתו של המבוטח לבצע השתלה על פי תנאי פוליסה זו, יהיה זכאי מבוטח שגילו מעל 21 שנים, לקבל תשלום גמלה עוד בטרם בוצעה ההשתלה, למשך 12 חודשים, ובתנאי שתקופת תשלום הגמלה לא תעלה על

36 חודשים בסך הכול. תנאי לתשלום הגמלה כאמור בס"ק זה הוא כי המבוטח המציא אישור כי הוא נרשם במרכז הלאומי להשתלות בישראל.

2.3.19.2. **לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית כדלקמן:**

2.3.19.2.1. למבוטח שבמועד ביצוע הטיפול גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך **3,000** ₪ לחודש לתקופה מירבית בת 6 חודשים. הגמלה תשולם החל ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

2.3.19.2.2. מבוטח שבמועד ביצוע הטיפול טרם מלאו לו 21 שנים יהיה זכאי לגמלת החלמה בסך **1,750** ש"ח לחודש לתקופה מירבית בת 6 חודשים. גמלת ההחלמה תשולם ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3. <u>תנאי לחבות המבטח:</u>

יובהר, כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4. <u>חריגים לפרק זה:</u>

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

4.1. השתלת מסתם לב לא תיחשב כהשתלה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י פרק זה.

פרק ה'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. <u>ניתוח בחו"ל:</u>

1.1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוסס על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח בחו"ל.

1.2. תגמולי הביטוח:

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

1.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח- המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז. לעניין זה "תיאום עם המבטח": אישור מראש על זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

1.2.1.2. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח- המבטח ישפה את המבוטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, בשיעור של עד 200% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.

1.2.2. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובין בתי חולים המבטח ישפה את המבוטח עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

1.2.3. המשך טיפול בישראל:

מבוטח אשר בחר לבצע ניתוח בחו"ל וביצוע הניתוח אושר ע"י המבטח יהיה זכאי לשירותים הרפואיים והשיקומיים שלהלן ואלה בלבד:

1.2.3.1. **שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבוטח לישראל:** המבטח ישפה את המבוטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבוטח לישראל, **בשיעור 80% ועד 2,500 ש"ח** להתייעצות. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.

1.2.3.2. **טיפולי שיקום לאחר ביצוע ניתוח:** מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בגין טיפולי השיקום המפורטים להלן, אשר ניתנו לו בישראל עד 90 ימים ממועד השחרור מאשפוז במהלכו בוצע ניתוח:

1.2.3.3. **התייעצות עם רופא שיקומי לאחר ניתוח בחו"ל:** המבטח ישתתף **בשיעור 80% מעלות 2 התייעצויות** עם רופא ומחה ברפואה שיקומית, לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום אורתופדי, שיקום נוירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, עד לסכום של 800 ₪ לכל התייעצות.

1.2.3.4. **שיקום דיבור וראיה:** המבטח ישתתף בעלות **בשיעור 80%** מעלות טיפולים לשיקום הדיבור עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה, עד לסכום של **200 ₪ לכל טיפול, ועד 16 טיפולים** לאחר ביצוע ניתוח או השתלה בחו"ל.

1.2.3.5. **התעמלות שיקומית:** המבטח ישתתף **בשיעור 80%** מעלות התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח או השתלה בחו"ל במהלך תקופת הביטוח, עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו, **עד לסכום של 200 ₪ לכל חודש**.

1.2.3.6. **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום:** המבטח ישתתף ב**שיעור 80%** מעלות טיפול פיזיותרפי/הידרותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפולי שיקום אחרים, שניתנו למבוטח, **עד לסכום של 200 ₪ לכל טיפול, עד 20 טיפולים** לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שביצע את הניתוח או רופא שיקומי.

1.2.3.7. **רכישת או השאלת אביזרים רפואיים:** המבטח ישתתף **בשיעור 80%** מעלות רכישת או השאלת אביזרים רפואיים הנדרשים על פי המלצת רופא מומחה לאחר ועקב ביצוע

ניתוח בחו"ל וכתוצאה ישירה מביצועו, עד **לתקרה של 2,000 ₪.**

1.2.3.8. **יעוץ/טיפול פסיכולוגי לפני או לאחר ניתוח בחו"ל:** מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח **בשיעור 80% ועד 240 ₪,** עבור כל יעוץ ו/או טיפול שניתנו לו ע"י: פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי, לפני ביצוע ניתוח או במהלך 90 ימים לאחר ביצוע הניתוח, ועד 12 טיפולים סה"כ.

2. <u>טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:</u>

2.1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול מחליף ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בחו"ל. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב טיפול מחליף ניתוח" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לקבל טיפול מחליף ניתוח.

2.1.1. תנאי לחבות המבטח:

המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף **לקיום התנאים המצטברים הבאים:**

2.1.1.1. רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.

2.1.1.2. הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח במבוטח.

2.1.1.3. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.

2.2. תגמולי הביטוח:

2.2.1. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.2.1.1. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה עד שיעור של 200% מעלות ביצוע ניתוח בארץ, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו

בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.

2.2.1.2. **עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:**

2.2.1.3. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

2.2.1.4. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

2.2.1.5. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

3. <u>הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:</u>

במקרה שתקופת האשפוז והשהייה בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 7 ימים רצופים וכן במקרה בו קיים צורך רפואי ממשי עקב חוסר ניסיון בביצוע הפעולה המתבקשת בישראל, וקיימת המלצה של רופא המומחה לאותו מצב רפואי, לביצוע הפעולה בחו"ל, בנוסף לאמור בסעיפים לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים:

3.1. כיסוי להוצאות הטסה:

תשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך רפואי בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי **בסך 80,000 ש"ח.**

3.3. כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:

הוצאה **בשיעור 80%** מהוצאות השהיה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, **ועד לסך 800 ש"ח ליום, ועד תקרה של 45 ימים**. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכל בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח בחו"ל:

בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה **עד לסך של 800 ₪ ליום, ועד 15 ימי שהייה** בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. כיסוי להוצאות הטסת גופה:

בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

3.6. הוצאות לאחר ניתוח:

3.6.1. החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח בחו"ל:

המבטח ישתתף בהוצאות ההחלמה ו/או שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי **בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד לסך של 750 ש"ח לכל יום החלמה,** ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

3.6.2. טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום:

המבטח ישתתף **בשיעור 80% ועד 165 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים,** עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח לאחר ביצוע ניתוח בחו"ל שלא במסגרת אשפוז. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

4. <u>תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה:</u>

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, כי המבוטח הינו תושב ישראל.

4.2. יובהר, כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. **<u>חריגים מיוחדים:</u>**

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לא תהא המבטחת אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטחת ולמעט ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם BMI גבוה מ- 40.

5.2. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח לביצוע ברית מילה.

5.3. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בתנאים הכלליים.

5.4. טיפולים מחליפי ניתוח אשר מהווים תרופה מכל מין וסוג שהוא, בין אם היא כלולה בסל שירותי הבריאות, ובין אם לאו. תרופה לצורך סעיף זה תיחשב כחומר כימי או ביולוגי או תכשיר מכל מין וסוג שהוא, כהגדרתו בפקודת הרוקחים, התשמ"א– 1981, אשר מטרתו לאבחן ו/או לטפל ו/או לרפא ו/או למנוע התפתחות או הישנות של מצב רפואי כלשהו ו/או להקל על סימפטומים רפואיים.

5.5. טיפולים מחליפי ניתוח שלא יבוצעו ע"י נותן הטיפול המחליף ניתוח כהגדרתו בסעיף ההגדרות לעיל ו/או במרפאה שאינה רשומה בפנקס המרפאות ו/או בבית חולים או במרפאה, בישראל או בחו"ל, שאינם מורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם ממוקמים.

פרק ו'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות וביצוע בדיקות גנומיות

1. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך, על פי הוראת רופא מומחה, נטילת תרופה כהגדרתה בסעיף ההגדרות ולהלן, לצורך טיפול במצבו הרפואי, באורח חד פעמי או מתמשך.

1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות: (להלן "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות:

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח או אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תחשב כתרופה ניסיונית.

1.3. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**:**

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

1.3.1. פרסומי ה- FDA

1.3.2. American Hospital Formulary Service Drug information

1.3.3. US Pharmacopoeia Drug Information

1.3.4. Drugdex

1.3.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

- NCCN
- ASCO
- NICE
- ESMO Minimal Recommendation

1.4. תרופת יתום:

כל תרופה, המשמשת לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים) או תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או על-ידי הרשויות המוסכמות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

1.5. תרופה מותאמת אישית:

למרות האמור לעיל מובהר כי כל תרופה שניתן עבורה אישור על פי תקנה 29 (3) {א (3)} לתקנות הרופאים ו/או תרופה שאינה נכללת בכיסוי לתרופות מיוחדות, שהותאמה גנטית למחלת המבוטח ו/או תרופה למבוטח חולה בסכנת חיים הן תרופות המכוסות על פי פוליסה זו. לרבות מבלי לפגוע בכלליות האמור כל תרופה המוגדרת IND ו/או חמלה, על פי המלצה ואישור רופא מומחה בכיר בתחום, עד תקרה כוללת בגובה 50,000 ₪ לחודש למשך שלושה חודשים, והיה אם יוכח על ידי תיעוד רופא מומחה כי היא יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח וכי התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה – עד 800,000 ₪ לכל תקופת ביטוח של 36 חודש.

2. <u>מועד קרות מקרה הביטוח:</u>

המועד בו ניתנה למבוטח לראשונה המלצה בכתב מאת רופא מומחה ליטול את הטיפול התרופתי. למרות האמור, מבוטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי בחלוף התקופות הנקובות בסעיף 5 אשר בפרק ב' "חריגים כלליים" בפוליסה, לפי העניין.

3. <u>תגמולי ביטוח:</u>

3.1. סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי:

3.1.1. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 1.1-1.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך

3,000,000 ₪ עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופה של 36 חודש.

.3.1.2 סכום הביטוח המרבי עבור ס' 1.5 לעיל יהיה בשיעור **800,000 ₪** עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופה של 36 חודש.

.3.1.3 יובהר, כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח על פי הפוליסה כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר.

4. <u>השתתפות עצמית:</u>

.4.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך **400 ₪ בגין כל מרשם ומקסימום 800 ₪ לכל המרשמים החודשיים.**

.4.2 אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 3,000 ₪, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

.4.3 המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

5. <u>ויטמינים ו/או תוספי מזון ו/או קנאביס רפואי לטיפול במחלת הסרטן:</u>

המבטח יישא בשיעור של **80% מעלות** תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, וכן עבור עלות קנאביס רפואי, כל אלה על פי הוראת הרופא המטפל, **ועד 1,000 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית של 36 חודשים** ממועד גילוי המחלה.

6. <u>בדיקות גנומיות:</u>

.5.1.1 המבטח יישא בשיעור של **80% עלות** בדיקה גנטית לאבחון מוקדם, הערכת הופעת סרטן בעתיד, ובחולי סרטן, לאיתור מוטציות, ובדיקה גנומית לאבחון רקמת הגידול לצורך התאמת טיפול תרופתי ממוקד לגידול הספציפי. הכיסוי כולל התייעצות עם גנטיקאי ו/או פרמקולוג, **ועד לסך של 60,000 ₪ למקרה ביטוח אחד.**

.5.1.2 תנאי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 8 בפרק ג' - תנאים כלליים.

7. <u>חריגים מיוחדים:</u>

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

7.1 טיפולים או תרופות לצורך ניסוי או מחקר. מובהר כי תרופות המצוינות בסעיף 1 בפרק זה לא יחשבו כניסיוניות.

7.2 תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפולי שיניים.

7.3 טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית ו/או הומאופטיים ו/או תרופות אלטרנטיביות.

7.4 תרופה לטיפול בהשמנת יתר.

7.5 טיפול בתרופות ו/או תוספי מזון ו/או מתחום טיפולי Anti-Aging **שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה.**

7.6 הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל: המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

7.7 למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שוהה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 120 יום, יהיה המבוטח זכאי לתמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה במדינת ישראל.

פרק ז' - פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים

אירע מקרה הביטוח, תשלם המבטחת למבוטח את סכום תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח שאירע **לאחר תחילת תקופת הביטוח** וזאת, בכפיפות לתנאים, להוראות, לחריגים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו או מצורפים לה או שיצורפו לה על ידי תוספת ו/או נספח ו/או תכנית ביטוח זו והמהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו יחול, על פי הוראותיו, רק בתנאי שמצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי המבוטח הינו מבוטח על פיו וכן בתנאי שתכנית ביטוח זו הינה בתוקף לגבי אותו מבוטח בעת קרות מקרה הביטוח ובכפוף להצעה, להצהרות ולהודעות שאותן מסר המבוטח למבטחת המהוות חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

1. הגדרות

1.1. **מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה** - מקרה ביטוח כמוגדר בסעיף 2 להלן, על סעיפיו הקטנים, שאובחן אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה. **למען הסר ספק, יובהר כי מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם ומקרה ביטוח מיוחד כהגדרתם בתכנית ביטוח זו אינם נכללים תחת הגדרת מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה.**

1.2. **מקרה ביטוח ראשון** של גילוי מחלה קשה- מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה כהגדרתו לעיל, הראשון שארע למבוטח במהלך תקופת הביטוח.

1.3. **מקרה ביטוח נוסף** של גילוי מחלה קשה- כל מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה שארע למבוטח, לאחר קרות מקרה ביטוח ראשון ו/או קודם של גילוי מחלה קשה.

1.4. **מקרה ביטוח קודם** של גילוי מחלה קשה - מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה, האחרון שארע למבוטח בתקופת הביטוח. (לדוגמה: בקרות מקרה ביטוח שלישי למבוטח במהלך תקופת ביטוח, מקרה הביטוח הקודם ייחשב כמקרה הביטוח השני שארע למבוטח במהלך תקופת הביטוח).

1.5. **מקרה ביטוח מיוחד-** אחד מהמקרים המפורטים להלן:

1.5.1. **טיפול במפרצת מוחית (Treatment of Cerebral aneurysm) -** מקרה בו המבוטח עבר טיפול של מפרצת מוחית ע"י קרניוטומיה (ניתוח חיתוך בגולגולת) או רדיוכירורגיה סטראוטקטית או עבר טיפול אנדו-וסקולרי ע"י סליל במטרה לגרום לפקקת (חסימה) של המפרצת המוחית. **הכיסוי אינו מכסה מלפורמציה (עיוות) מוחית עורקית ורידית.**

1.5.2. **הוצאת גלגל העין (Removal of an eyeball) -** הוצאה כירורגית של עין אחת עקב מחלה או טראומה.

1.5.3. **צנתור כלילי טיפולי– (CORONARY ANGIOPLASTY)** - טיפול ראשון בהיצרות או בחסימה בכלי דם כלילי אחד או יותר באמצעות ניפוח בלון בצנתור (TRANSLUMINAL CORONARY) (ANGIOPLASTY (PERCUTANEOUS חיתוך בלה ,(ARTHERECTOMY), השארת תומכן (CORONARY STANTING) ו/או פעילות תוך עורקית דומה. **בכפוף לכך שהתקיימו התנאים הבאים במצטבר:**

1.5.3.1. ביצוע הצנתור הכלילי הטיפולי הכרחי מבחינת רפואית על פי חוות דעתו של קרדיולוג מומחה.

1.5.3.2. קיימת הוכחה אנגיוגרפית של מחלה כלילית חסימתית משמעותית (הצרות של לפחות 60%).

1.5.3.3. צנתור כלילי טיפולי לא יכלול שיטות לייזר לחידוש אספקת הדם ו/או פעולות אבחנתיות ו/או צנתורים אבחנתיים.

1.6. **סכום הביטוח -** הסכום המרבי הנקוב בדף פרטי הביטוח, שתשלם המבטחת למבוטח כתגמולי ביטוח בקרות לו מקרה הביטוח בהתאם להגדרות בתכנית ביטוח זו, כשהוא צמוד למדד, ובכפוף למפורט בסעיף 4 על סעיפיו הקטנים להלן.

1.7. **פעולות ה- ADL (Activities of Daily Living)**

1.7.1. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.

1.7.2. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.

1.7.3. **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

1.7.4. **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

1.7.5. **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.

1.8. **ניידות**: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

1.9. **תקופת אכשרה- בנוסף על האמור בסעיף 1.48 בנספח תנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות (תקופת אכשרה), המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח על פי תכנית ביטוח זו בקרות מקרה ביטוח לפני תום תקופות האכשרה המפורטות להלן:**

1.9.1. <u>בגין מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה וכן בגין מקרה ביטוח של סרטן מוקדם ומקרה ביטוח מיוחד</u>: תחול תקופת אכשרה אשר תחילתה ביום תחילת הביטוח וסיומה בתום 90 ימים ממועד זה.

1.9.2. <u>בגין מקרה ביטוח נוסף של גילוי מחלה קשה (מקרה ביטוח שני ואילך)</u>: תחול תקופת אכשרה נוספת שתחילתה במועד קרות מקרה ביטוח קודם של גילוי מחלה קשה, וסיומה בתום 180 ימים ממועד זה.

למרות האמור, בקרות מקרה ביטוח נוסף של גילוי מחלה קשה, כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל, שארע לאחר קרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה מקבוצה ראשונה (המחלות בקבוצה זו מפורטות בסעיף 2.1), תחול תקופת אכשרה ארוכה יותר, שתחילתה במועד גילוי המחלה הקשה מהקבוצה הראשונה וסיומה בתום 365 ימים ממועד זה.

1.9.3. בגין כיסוי נוסף כמפורט בסעיף 5 לתכנית ביטוח זו, תחול תקופת אכשרה אשר תחילתה ביום תחילת הביטוח וסיומה בתום 90 ימים ממועד זה.

1.9.4. לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח שארע עקב תאונה.

2. <u>מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה</u>

מקרה ביטוח הינו אבחון אחת המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי, בין מחלתי ובין תאונתי, כמפורט בקבוצות המופיעות בסעיף זה להלן, אשר בהתקיימו, בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית, יהיה זכאי המבוטח לתשלום סכום הביטוח בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ולהלן:

2.1. **קבוצה ראשונה (להלן: הקבוצה הראשונה):**
בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה הראשונה:

2.1.1. **<u>אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)</u>** - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק מפושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

2.1.1.1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

2.1.1.2. נמק מפושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

2.1.1.3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו- 7;

2.1.1.4. צהבת, מעמיקה;

2.1.2. **<u>מחלת כבד סופנית (שחמת) Terminal Liver Disease ((Cirrhosis)) - מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:</u>**

2.1.2.1. צהבת;

2.1.2.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

2.1.2.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

2.1.2.4. אנצפלופטיה כבדית;

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

2.1.3. **<u>השתלת איברים (Organ Transplantation)</u> –**

2.1.3.1. אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מבניהם:

2.1.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל בדבר הצורך בכריתה כירורגית או בהוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, ובהשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או איבר מלאכותי.

2.1.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות במצטבר:

2.1.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

2.1.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.

2.1.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 2.1.3.2 לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת איברים, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.

2.1.4. **<u>תרדמת (COMA)</u>-** 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.

2.1.5. **<u>עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)</u> -** 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 תיעשה על ידי רופא פנימאי מומחה.

2.1.6. **<u>מחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)</u> -** מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

2.1.6.1. נפח FEV1 של פחות מ – 1 ליטר או מתחת ל – 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל – 50% או פחות מ – 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

2.1.6.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל – 55 ממ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 ממ"כ.

2.1.7. **<u>מצב וגטטיבי קבוע (צמח קבוע) (Persistent Vegetative State)</u>**

מצב רפואי רצוף וקבוע של לפחות חודש אחד, המתבטא בחוסר היענות ומודעות שנובעת מאי תפקוד של ההמיספרות המוחיות כאשר גזע המוח, נותר בשליטה בפעולות הנשימה ובפעולות הלבביות שנותרות שלמות. האבחנה מבוססת על הקריטריונים הבאים במצטבר:

2.1.7.1. חוסר מודעות מוחלט של המבוטח כלפי הסביבה וכלפי עצמו.

2.1.7.2. חוסר יכולת לתקשר עם אחרים.

2.1.7.3. גירוי חיצוני לא יגרום להתנהגות מאוששת או ברת התחדשות.

2.1.7.4. תפקודים שמורים של גזע המח (היעדר תפקודים קוגניטיביים אבל קיימים תפקודים פיזיולוגיים (שלא ברצון ולא בהכרה).

2.1.7.5. **למען הסר ספק, מובהר שהכיסוי לא יכלול הפרעות נוירולוגיות או פסיכיאטריות ברות טיפול עם בדיקות**

ניאורופיזיולוגיות וניאורופסיכולוגיות מתאימות או תהליכי הדמיה.

2.2. **קבוצה שנייה: (להלן: הקבוצה השנייה)**
בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השנייה:

2.2.1. **<u>אוטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infarction)</u> -** נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

2.2.1.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

2.2.1.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

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

2.2.2. **<u>ניתוח מעקפי לב (CABG)</u> -** ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

2.2.3. **<u>ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair)</u> -** ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

2.2.4. **<u>ניתוח אבי העורקים (Aorta)</u> -** ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן לרבות ביצוע פרוצדורה רפואית באמצעות צינתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר

2.2.5. **<u>שבץ מוחי (CVA)</u> -** כל אירוע מוחי (צרברווסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים למעלה מ 24 שעות, והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות, **כל זאת, להוציא TIA.**

2.2.6. **<u>קרדיומיופטיה (Cardiomyopathy)</u> -** 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.

2.2.7. **<u>סוכרת נעורים לילד עד גיל 20</u>** Juvenile Insulin Dependent Diabetes (up to 20)) - פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחוסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 20, ובתנאי שנדרש טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הלבלב. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאינדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שהיא נמשכת לפחות 6 חודשים ברציפות.

2.2.8. **<u>דום לב עם השתלה של דפיברילטור (Cardiac Arrest – with insertion of a defibrillator)</u>**

הפסקה פתאומית של פעילות הלב (דום לב) שכתוצאה ממנה יש הפסקה בזרימת הדם בכל הגוף, הגורמת לאבדן הכרה, ועקב כך מתבצעת השתלה כירורגית של אחד מהאביזרים הבאים:

2.2.8.1. השתלת דפיברילטור אוטומטי (ICD).

2.2.8.2. סנכרון מחדש של פעולות הלב ע"י השתלת דפיברילטור עם קוצב לב דו חדרי (CRT-D).

למען הסר ספק, לא יינתן כיסוי בגין המצבים הבאים:

השתלת קוצב לב.

השתלת דפיברילטור ללא המצאות של דום לב.

דום לב מישני כתוצאה משימוש בסמים לא חוקיים.

2.2.9. **<u>נמק של חוט השדרה (שבץ ספינלי) -(Spinal stroke)</u>** - נמק ומוות של רקמות חוט השידרה עקב אי אספקת דם או דימום בתוך חוט השידרה, הגורם לנזק וחוסר נוירולוגי קבוע, עם סימפטומים קליניים תמידיים.

2.3. **קבוצה שלישית: (להלן: הקבוצה השלישית)**

בכפוף להוראות הפוליסה, הגדרותיה וסייגיה, ייחשבו המקרים הבאים כמקרי ביטוח הכלולים בקבוצה השלישית:

2.3.1. **<u>סרטן (Cancer)</u>**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מקרה הביטוח יכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

2.3.1.1. **גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים; (למרות האמור ובהתאם למפורט בסעיף 3.1.1 להלן יינתן כיסוי מופחת בגין מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ** בשד **או בצוואר הרחם** וזאת בהתאם לתנאים הקבועים בסעיף 4.3 להלן).

2.3.1.2. **מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ'ר וללא אולצרציות (התכייבויות);**

2.3.1.3. **מחלות עור מסוג:**

2.3.1.3.1. **Basal Cell Carcinoma -ו Hyperkeratosis;**

2.3.1.3.2. **מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.**

2.3.1.4. **סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);**

2.3.1.5. **לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ ul/10,000 B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;**

2.3.1.6. **סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;**

2.3.1.7. **פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;**

2.3.1.8. **גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;**

2.3.1.9. **T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.**

2.3.2. **<u>גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)</u> -** תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על-ידי בדיקת MRI או CT. **הכיסוי אינו כולל ציסטות גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.**

2.3.3. **<u>השתלת מח עצמות (Bone Marrow Transplantation)</u>** –

2.3.3.1. אחד מהאירועים הבאים, **המוקדם מבניהם**:

2.3.3.1.1. קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל בדבר הצורך בהשתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

2.3.3.1.2. ביצוע הפרוצדורה הרפואית האמורה בסעיף 2.3.3.1.1 לעיל.

2.3.3.2. פוליסה זו מקנה כיסוי ביטוחי רק אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, הכולל, בין היתר, את ההוראות הבאות **במצטבר**:

2.3.3.2.1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.

2.3.3.2.2. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לענין איסור סחר באיברים.

2.3.3.3. על אף האמור, הבחינה שבסעיף 2.3.3.2 לא תתקיים, אם הפיצוי הינו בעד ביצוע השתלת מח עצמות, ששולם למבוטח בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלה, ובטרם בוצעה ההשתלה.

2.3.4. **<u>אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemia)</u> -** כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה,

נויטרופניה וטרומבוציטופניה, המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

2.3.4.1. עירוי מוצרי דם;

2.3.4.2. מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם;

2.3.4.3. מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים);

2.3.4.4. השתלת מוח עצם.

2.3.5. **<u>שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)</u> -** 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).

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

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

2.3.8. **<u>כוויות קשות (Severe Burns)</u> -** כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

2.3.9. **<u>אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)</u>** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור, אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

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

2.3.11. **<u>תשישות נפש (Dementia)</u>** - 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.

2.3.12. **<u>דיסטרופיה שרירית (Muscular Dystrophy)</u>** - חולשת שרירים קבועה או מתקדמת, על רקע מחלת השריר, המאובחנת ע"י נוירולוג מומחה על סמך בדיקת EMG טיפוסית וביופסיה של השריר.

2.3.13. **<u>פרקינסון (Parkinson's Disease)</u>** - האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה- ADL , או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.

2.3.14. **<u>צפדת (טטנוס) (Tetanus)</u> -** מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium Tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.

2.3.15. **<u>אי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure)</u> -** חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

2.3.16. **<u>טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)</u> -** דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי, הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.3.17. **<u>ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)</u> -** עדות לפגיעה משולבת בנוירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.3.18. **<u>פגיעה מוחית מתאונה (Brain Damage By Accident)</u> –** פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית, שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג

מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

2.3.19. **<u>דלקת מוח (Encephalitis)</u> –** דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה- ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים. **הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.**

2.3.20. **<u>יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)</u>** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה, הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 ממ"כ או לחץ ריאתי עורקי – ממוצע מעל 20 ממ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

2.3.21. **<u>דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)</u> -** דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך, ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש פעולות ה- ADL, או לחילופין שתיים מתוך שש פעולות ה-ADL ובלבד שאחת מהן הינה לשלוט על סוגרים.
מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.3.22. **<u>איבוד גפיים (Loss of Limbs)</u> -** איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

2.3.23. **<u>מחלת דוויק נוירומיאליטיס אופטיקה (Devic's disease (Neuromyelitis optica – NMO</u>**
אבחנה מוחלטת של מחלת דוויק ע"י רופא מומחה בתחום הנוירולוגיה, המתבטאת בהפרעה קלינית ממשית של התפקוד

המוטורי או הסנסורי, כאשר ההתבטאויות הקליניות של הפרעות התפקוד נמשכות לפחות 6 חודשים רצופים לאחר קביעת האבחנה.

2.3.24. **<u>מחלת יעקוב קרויצפלד (Creutzfeldt-Jakob disease)</u>**

אבחנה סופית שנעשתה על ידי נוירולוג מומחה של מחלת יעקוב קרויצפלד. בכפוף לכך שמתקיימת הפרעה קלינית קבועה של התפקוד המוטורי והקוגנטיבי לפחות לתקופה של 3 חודשים רציפים, הכוללת הפרעה בכל אחד מהבאים במצטבר: זיכרון, הגיון תפיסה, הבעה, התבטאות. **יובהר כי הכיסוי אינו כולל סוגים אחרים של דמנציה**.

3. <u>מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם</u>

מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם הינו אבחון בתוך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה הרלוונטית של אחד מהמקרים הבאים המפורטים בסעיפים 3.1.1 , 3.1.3 להלן, **אשר אינו עונה על הגדרת סרטן כמפורט בסעיף 2.3.1 לעיל,** אשר בהתקיימו, יהיה זכאי המבוטח לתשלום אחוז מסכום הביטוח כמפורט בסעיף 4 להלן, בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ולהלן:

3.1.1. **Carcinoma in Situ בשד או בצוואר הרחם (cervix cancer in situ)** – גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ בשד (להלן: **Carcinoma in Situ בשד**) או גילוי גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ בצוואר הרחם מסוג **CIN2, CIN3** (להלן: **Carcinoma in Situ בצוואר הרחם**) במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה.

3.1.2. **ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית** - גילוי גידול ממאיר בערמונית אשר אובחן היסטולוגית ככזה, **מסוג Gleason Score עד ל- 6 (כולל) בלבד;** ואשר בעקבותיו ,במהלך תקופת הביטוח, ולאחת תום תקופת האכשרה, ביצע המבוטח ניתוח שהינו נדרש רפואית לצורך טיפול בסרטן הערמונית. **ובלבד שהגידול בערמונית אינו עונה על הגדרת סרטן כמפורט בסעיף 2.3.1 לעיל.** בסעיף זה ניתוח לצורך טיפול הינו פעולה פולשנית חדירתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה אצל המבוטח. במסגרת זו לא יראו כניתוח פעולות פולשניות-חודריות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לצורך אבחון לרבות ביופסיה. למען הסר ספק,

יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין גידול שפיר של הערמונית (להלן: **ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית**).

3.1.3. **Carcinoma in Situ באיברים נוספים-** גילוי Carcinoma in Situ במהלך תקופת הביטוח, ולאחר תום תקופת אכשרה, באחד מהאיברים המפורטים להלן, כאשר המבוטח נדרש לניתוח להסרת הגידול וזאת בכפוף לתנאים המפורטים להלן בעבור כל איבר ((להלן: **Carcinoma in Situ באיברים נוספים**):

3.1.3.1. **גידול מוקדם של סרטן פי הטבעת (Anus carcinoma in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, שאושרה על ידי המבטחת, של סרטן אין סיטו של פי הטבעת. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.

מקרה הביטוח אינו כולל: נאופלזיה אינטרא-אפיתיאלית של פי הטבעת דרגה 1 או 2 Anal Intraepithelial Neoplasia (AIN), או גידולים מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה Squamous Intraepithelial Lesions (LGSIL), כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי.

3.1.3.2. **גידול מוקדם של סרטן דרכי המרה (Bile Duct carcinoma in situ) -** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דרכי המרה התוך כבדיות. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.3. **גידול מוקדם של סרטן דרכי השתן (Urinary Bladder carcinoma in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דרכי השתן. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

מקרה הביטוח אינו כולל: קרצינומה פפילארית לא פולשנית, סרטן דרכי השתן המאובחן כ Ta בשיטת TNM Classification.

3.1.3.4. **גידול מוקדם של סרטן המעי הגס או החלחולת (רקטום) (Colon/Rectum carcinoma in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של המעי הגס או החלחולת (הרקטום) כולל גידול נוירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול ו/או המעי בחלקו או שלמותו.**

3.1.3.5. **גידול מוקדם של סרטן הגרון Larynx carcinoma in (situ)** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הגרון / "בית הקול" (לרינקס). **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.6. **גידול מוקדם של הריאות (Lung carcinoma in situ) -**קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הריאות או של הסמפונות כולל גידול מסוג קרצינואיד או גידול נוירואנדוקריני. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להוצאת הגידול כולל כריתת ריאה חלקית (כגון לובקטומיה) או מסוג כריתת יתד.**

3.1.3.7. **גידול מוקדם של סרטן חלל הפה Oral carcinoma (in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של חל הפה או האורופארינקס. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי **רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.** מקרה הביטוח כולל: שפתיים, פנים הלחיים, רצפת הפה, הלשון, החניכיים, השקדים והחיך הקשה והרך.

3.1.3.8. **גידול מוקדם של סרטן הוושט- Oesophagus (carcinoma in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד

משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הוושט. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.9. **גידול מוקדם של סרטן שחלות- Ovarian (Carcinoma in situ)-** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של השחלות או גידול גבולי או גידול עם פוטנציאל ממאירות נמוך. **המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**
מקרה הביטוח אינו כולל: הסרת שחלה בגין ציסטה שחלתית.

3.1.3.10. **גידול מוקדם של סרטן הלבלב-(Pancreas carcinoma in situ)** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הלבלב או גידול נוירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.11. **גידול מוקדם של סרטן אגן הכליה או השופכן- (Renal pelvis or ureter carcinoma in situ) -** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של אגן הכליה או השופכן. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי **רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**
מקרה הביטוח אינו כולל: פאפילרי קרצינומה לא פולשנית, סרטן דרכי השתן המאובחן כ Ta בשיטת TNM Classification

3.1.3.12. **גידול מוקדם של סרטן הבטן Stomach carcinoma) in situ** - קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של סרטן הבטן או גידול נוירואנדוקריני (Neuroendocrine Tumor -NET) עם פוטנציאל גידולי נמוך. **המבוטח יהיה זכאי לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול.**

3.1.3.13. **גידול מוקדם של סרטן האשכים Testicular carcinoma in situ)) -** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של האשך מסוג Intra-tubular germ cell neoplasia unclassified (ITGCNU) או גידול שפיר של האשכים שהסתיים בניתוח הסרת כל האשך (אורכידקטומיה).

3.1.3.14. **גידול מוקדם של סרטן הרחם Uterus carcinoma) - in situ)** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של דופן הרחם (אנדומטריום). המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי **רק אם בוצע ניתוח לכריתת הרחם (היסטרקטומיה).**

3.1.3.15. **גידול מוקדם של סרטן הנרתיק (וגינה) (Vagina carcinoma in situ) -** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הנרתיק (וגינה). **המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול מקרה הביטוח אינו כולל: כל טיפול שאינו ניתוחי כולל, כגון אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי, נאופלזיה אינטרא-אפיתיאלית של הנרתיק (VAIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה.**

3.1.3.16. **גידול מוקדם של סרטן הפות (Vulva carcinoma in situ) -** קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית על ידי בדיקה היסטולוגית של הגידול שהוצא בניתוח, של סרטן אין סיטו של הפות. **המבוטחת תהיה זכאית לכיסוי רק אם בוצע ניתוח להסרת הגידול. מקרה הביטוח אינו כולל: כל טיפול שאינו ניתוחי כולל , כגון, אך לא רק טיפול אבלטיבי או טיפול טרופי, נאופלזיה אינטרא-אפיתיאלית של הפות (VIN) דרגה 1 או 2 או מסוג סקוומוס אינטרא-אפיתיאלית מדרגה נמוכה.**

4. <u>התחייבויות המבטחת</u>

4.1 התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה

4.1.1 בקרות מקרה ביטוח ראשון של גילוי מחלה קשה כמפורט בסעיף 2 לעיל, **לאחר תום תקופת האכשרה** יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בגובה 50,000 ₪ עבור כל יחידה נרכשת, **בכפוף לסייגים ולתנאים המפורטים בתכנית ביטוח זו,** אם התקיימו לגביו כל התנאים הבאים במצטבר:

4.1.1.1 קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של מומחה, לגבי קרות מקרה הביטוח.

4.1.1.2 **המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח.**

4.1.2 המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בשיעור 100% מסכום הביטוח הנרכש בגין מקרי ביטוח נוספים שיארעו במהלך תקופת הביטוח, וזאת בכפוף לתנאים המפורטים בסעיפים 4.1.1.1-4.1.1.2 לעיל וכן בהתאם לתנאים המפורטים להלן:

4.1.2.1 בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה הראשונה, יהא זכאי המבוטח, **לאחר תום תקופת אכשרה של 365 ימים כמפורט בסעיף 1.9 לעיל**, לתבוע בגין מקרי ביטוח נוספים מקבוצה ראשונה, שניה או שלישית, **ובלבד שאין מדובר באותה מחלה, אלא במחלה אחרת, וכן שאין כל קשר סיבתי בין מקרה הביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה ראשונה לבין מקרה הביטוח הנוסף שארע למבוטח.**

לעניין סעיף זה מחלה אחרת- מחלה קשה או אירוע רפואי הכלולים בתכנית ביטוח זו, אשר לא הוגשה בגינן תביעה בעבר על פי תכנית ביטוח זו (לדוגמה, בגין אירוע רפואי של השתלת איברים כהגדרתו בסעיף 2.1.3, ניתן יהא לתבוע פעם אחת בלבד בתקופת הביטוח, ומבוטח שתבע בגין השתלת כליה בהתאם למפורט בסעיף 2.1.3 יוכל לתבוע לאחר מכן בגין מחלות אחרות אך לא יוכל לתבוע לאחר מכן בגין השתלת איבר אחרת ו/או השתלת כליה נוספת).

בקרות שני מקרי ביטוח מקבוצה ראשונה (לדוג' - מקרה ביטוח של השתלת איברים ולאחר מכן מקרה ביטוח של תרדמת), יפוג תוקף הפוליסה והיא תבוטל.

למען הסר ספק, יובהר, כי התנאים המפורטים לעיל יחולו בכל מקרה של אבחון מחלה קשה, במהלך תקופת הביטוח, לרבות במקרה שבו מקרה הביטוח ארע במהלך תקופת האכשרה, בין אם הוגשה תביעה והדחתה, ובין אם לא הוגשה תביעה.

4.1.2.2. בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה השנייה, יהא זכאי המבוטח לתבוע בגין מקרי ביטוח נוספים הכלולים בקבוצה הראשונה או בקבוצה השלישית וזאת **לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים כמפורט בסעיף 1.9 לעיל. המבוטח לא יהא זכאי לתבוע פעם נוספת בתקופת הביטוח, בגין אותה מחלה או מחלות אחרות הכלולות בקבוצה השנייה.** למען הסר ספק, יובהר, כי גם כאשר מקרה ביטוח קודם של גילוי מחלה קשה, ארע במהלך תקופת האכשרה, בין אם הוגשה תביעה ונדחתה, ובין אם לא הוגשה תביעה, **לא יהיה המבוטח זכאי לתבוע פעם נוספת בגין מקרה ביטוח הכלול בקבוצה השנייה.**

4.1.2.3. **בקרות מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה הכלולה בקבוצה השלישית**, יהא זכאי המבוטח**, לאחר תום תקופת אכשרה של 180 ימים כמפורט בסעיף 1.9 לעיל,** לתבוע בגין מקרי ביטוח נוספים מקבוצה ראשונה, שניה או שלישית, **ובלבד שאין מדובר באותה מחלה, אלא במחלה אחרת, וכן שאין קשר סיבתי בין מקרה הביטוח הנוסף לבין מקרי ביטוח קודם מהקבוצה השלישית, שאירע לו במהלך תקופת הביטוח.**

מחלה אחרת- אחת מהמחלות הקשות או אחד מהאירועים רפואיים המכוסים בתכנית ביטוח זו, שלא הוגשה בגינם תביעה בעבר על פי תכנית ביטוח זו. (לדוגמה, בגין כוויות קשות כהגדרתן בסעיף 2.3.8, ניתן יהא לתבוע פעם אחת בלבד בתקופת הביטוח, ומבוטח שתבע בגין כוויות קשות בפלג גוף תחתון בהתאם למפורט בסעיף 2.3.8 יוכל לתבוע לאחר מכן בגין מחלות אחרות כדוגמת עיוורון בהתאם למפורט בסעיף 2.3.7, אך לא יוכל לתבוע לאחר מכן בגין כוויה קשה בפלג גוף עליון).

4.1.3. **שרשרת אירועים, שהם תוצאה של מקרה ביטוח אחד, תיחשב כמקרה ביטוח אחד ותגמולי ביטוח בגינה, ככל שמגיעים למבוטח על פי תכנית הביטוח, ישולמו אך ורק פעם אחת.**

4.1.4. **אירע מקרה הביטוח ונפטר המבוטח בטרם שולמו תגמולי הביטוח, בתנאי מפורש שהמוות אירע כעבור 10 ימים לפחות מיום קרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת את תגמולי הביטוח למוטב, והמבטחת תהא פטורה לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זאת כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון ו/או צד שלישי כלשהו. לעניין סעיף זה מוטב כפי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.**

4.2. **פטירת מבוטח במהלך 10 ימים ממועד קרות מקרה ביטוח:**

אירע מקרה ביטוח של גילוי מחלה קשה בהתאם למפורט בסעיף 2 לעיל, והמבוטח נפטר טרם חלפו עשרה ימים ממועד קרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת תגמולי ביטוח מופחתים בשיעור של עד 10% מסכום הביטוח הנרכש למוטב וזאת בכפוף לתנאים המצטברים המפורטים להלן:

4.2.1. **המבוטח לא נפטר במהלך 48 שעות שלאחר קרות מקרה הביטוח. במידה והמבוטח נפטר במהלך 48 השעות שלאחר קרות מקרה הביטוח, המוטב לא יהיה זכאי לפיצוי בגין תכנית ביטוח זו.**

4.2.2. **חלפה תקופת האכשרה בפוליסה בגין מקרה הביטוח.**

4.2.3. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של מומחה, לגבי קרות מקרה הביטוח.

4.2.4. **המבטחת תהא פטורה לחלוטין מכל חבות נוספת על פי פוליסה זאת כלפי כל מוטב אחר ו/או עזבון ו/או צד שלישי כלשהו. לעניין סעיף זה מוטב כפי שהמבוטח קבע בהצעת הביטוח ובהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.**

4.3. **התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח של גילוי סרטן מוקדם:**

4.3.1. **בקרות מקרה ביטוח של סרטן מוקדם כמפורט בסעיף 3 לעיל, שאינו עונה על הגדרת מקרה ביטוח של מחלת סרטן כמפורט בסעיף 2 לעיל, ולאחר** תום תקופת האכשרה בת 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח כמפורט בסעיף 4.3.2 להלן, אם התקיימו לגביו כל התנאים הבאים במצטבר:

4.3.1.1. **קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי סרטן מוקדם, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.**

4.3.1.2. **האבחנה המתועדת לגילוי סרטן מוקדם במבוטח קיימת <u>לפני</u> שהתגלתה במבוטח מחלת סרטן כהגדרה בסעיף 2.3.1.**

4.3.1.3. **המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח.**

4.3.2. **סכום הביטוח**

4.3.2.1. בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בשד או ניתוח לטיפול בסרטן הערמונית, בכפוף לתנאים המפורטים לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 20% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.

4.3.2.2. בקרות מקרה ביטוח של Carcinoma in Situ בצוואר הרחם, או **Carcinoma in Situ באיברים נוספים,** בכפוף לתנאים המפורטים לעיל ולהלן, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 10% מסכום הביטוח הנקוב בדף פרטי הביטוח.

4.3.2.3. **סכום הביטוח בגין סרטן מוקדם ישולם באופן חד פעמי, פעם אחת בתקופת ביטוח. ככל והמבוטח יממש את זכאותו לקבלת פיצוי בגין מקרה ביטוח של סרטן מוקדם, תוקף סעיף זה יפוג.**

4.3.2.4. סכום הביטוח בגין סרטן מוקדם ישולם בנוסף ומבלי לגרוע מזכאותו העתידית, של המבוטח לקבל תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח עתידי של גילוי מחלת סרטן כמוגדר בסעיף 2.3.1.

4.4. **התחייבות המבטחת בקרות מקרה ביטוח מיוחד**

4.4.1. בקרות מקרה ביטוח מיוחד של **טיפול במפרצת מוחית (Treatment of Cerebral aneurysm), הוצאת גלגל העין (Removal of an eyeball)** או **צנתור כלילי טיפולי (CORONARY ANGIOPLASTY)** –כהגדרתם בסעיף 1.5 על סעיפיו הקטנים לעיל, ולאחר תום תקופת האכשרה בת 90 ימים ממועד תחילת הביטוח, יהיה המבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 10% מסכום הביטוח הנרכש.

4.4.2. **סכום הביטוח בגין מקרה ביטוח מיוחד, ישולם באופן חד פעמי, פעם אחת בתקופת ביטוח. ככל והמבוטח יממש את זכאותו לקבלת פיצוי בגין מקרה ביטוח מיוחד, תוקף סעיף זה יפוג.**

4.5. **כיסוי בגין מחלת סרטן נוספת לאחר 5 שנים:**

למרות האמור בסעיף 4.1.2.3 לעיל, כי לא ניתן לתבוע בגין אותה מחלה מהקבוצה השלישית פעם נוספת, יהיה זכאי המבוטח, שחלה פעם נוספת במהלך תקופת הביטוח בסרטן כהגדרתו בסעיף 2.3.1 על סעיפיו הקטנים, לקבל תגמולי ביטוח, בשיעור של 100% מסכום הביטוח הנרכש, **אם התקיימו לגביו כל התנאים הבאים במצטבר:**

4.5.1. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא, שאושרה על ידי המבטחת, לגבי גילוי מחלת סרטן במבוטח כהגדרת המחלה בסעיף 2.3.1 לעיל, ואבחנה זו נתמכת בהוכחות מעבדתיות או אחרות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

4.5.2. קיימת אבחנה מתועדת חד משמעית של רופא, כי חלפו 5 שנים לפחות מהמועד האחרון בו נעלמו סימני מקרה הביטוח הקודם של גילוי מחלת סרטן בו חלה המבוטח או מהמועד האחרון בו נדרש המבוטח לבצע טיפול רפואי למחלת סרטן כלשהי (למעט טיפול מונע).

4.5.3. בדיקות ההדמיה שביצע המבוטח במהלך 5 שנים ובתום 5 שנים ממועד קרות מקרה ביטוח קודם, היו תקינות וללא ממצא על הישנות המחלה ו/או מחלת סרטן כלשהי ו/או ממצאים המצריכים בירור נוסף.

4.5.4. **המבוטח לא נפטר במשך 10 ימים לאחר קרות מקרה הביטוח הנוסף.**

5. תום תקופת הביטוח

מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 4 בתנאים הכלליים של הפוליסה, תוקף הביטוח על פי תכנית ביטוח זו יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים במוקדם מבין האירועים הבאים:

5.1. **בתום תקופת הביטוח על פי הנקוב בסעיף 4 לתנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות.**

5.2. **בקרות שני מקרי ביטוח (שונים) של גילוי מחלה קשה מקבוצה ראשונה.**

5.3. **בהגיע המבוטח לגיל 75.**

6. תום תוקף הביטוח:

מובהר בזאת כי **תוקף הביטוח על פי פרק זה יסתיים, עבור כל מבוטח זכאי שהפרמיה בגינו משולמת על ידי בעל הפוליסה, במלאת לו 47 שנה**. יובהר, כי לאחר תום הכיסוי הביטוחי למבוטח זכאי על פי פרק זה תשולם הפרמיה כסדרה והמבוטח ימשיך להיות מבוטח על פי שאר פרקי הפוליסה.

למרות האמור, בהגיע המבוטח לסיום זכאותו לביטוח על פי פרק זה, יודיע המבטח בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך ברצף ביטוחי מלא,

בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח בכפוף לתשלום בגביה אישית כמפורט בסעיף 4.1. לפרק ג' תנאים כלליים.

7. חריגים מיוחדים:

בנוסף לחריגים הכלליים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה, אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

פרק ח' 1 - כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון

קרה מקרה הביטוח, תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**

1. **הגדרות**:

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. בית חולים פרטי - אחד מאלה:

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

1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

1.2. הליך/ הליך רפואי- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/ או התייעצויות כהגדרתן בתכנית ביטוח זו.

1.3. הסדר ניתוח- הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.

1.4. הסדר התייעצויות- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.

1.5. התייעצות/ התייעצויות - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;

1.6. טיפול מחליף ניתוח - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

1.7. מנתח בהסדר- **מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת.**

1.8. **מרפאה כירורגית פרטית -** מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם1, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;

1.9. **נותן שירות בהסדר-** רופא מומחה, מנתח ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסדר ניתוח ו/או בהסדר התייעצויות ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת **ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המנתח ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**

יובהר כי רשימת נותני השירות בהסדר מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת: https://www.menoramivt.co.il/wps-frame/docs

בטרם ביצוע הליך רפואי באמצעות נותן שירות בהסדר יש לוודא באתר האינטרנט של המבטחת ו/או במוקד השירות בטלפון- 03-7103699 כי נותן השירות הינו בהסדר עם המבטחת וכן לפעול בהתאם להוראות סעיפים 2.3-2.4 להלן.

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

1.11. **קופת חולים-** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.12. **רופא מומחה -** רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.13. שתל- כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**

1.14. תכנית השב"ן- תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

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

2. <u>מקרה הביטוח:</u>

2.1. מקרה הביטוח הינו ניתוח ו/או תחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

2.2. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.

2.3. עם היוודע למבוטח הצורך בביצוע הליך רפואי המכוסה על פי תכנית ביטוח זו, עליו להודיע על כך למבטחת מראש ובכתב, ולקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.

2.4. לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

2.5. יובהר כי תשלומים בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עימו.

3. <u>התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח:</u>

בקרות מקרה הביטוח, יהא זכאי המבוטח, **בכפוף להוראות ולתנאים בתכנית ביטוח זו,** לכיסוי ההוצאות המפורטות להלן בגין ההליך הרפואי:

3.1. <u>התייעצויות:</u>

3.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.1.2. **התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1,500 להתייעצות.**

3.2. <u>שכר מנתח בהסדר והוצאות רפואיות על ידי נותני שירות בהסדר:</u>

3.2.1. המבטחת **תכסה את מלא עלות שכר** מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

3.2.2. המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז **עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.**

3.2.3. **יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין הניתוח,** למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

3.3. <u>טיפול מחליף ניתוח:</u>

3.3.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.

3.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע **באתר האינטרנט** יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. <u>**תקופת אכשרה:**</u>

4.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

4.2. על אף האמור בסעיף 4.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

5. <u>**חריגים מיוחדים**</u>:

המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

5.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

5.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

5.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

5.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

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

5.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

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

5.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

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

5.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכלליים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.

פרק ח' 2 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן (כולל ברות ביטוח)

קרה מקרה הביטוח תשלם המבטחת ישירות לספק השירות או תשפה את המבוטח עבור הוצאות כמפורט להלן **בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.**
יובהר, כי בכל מקרה של סתירה בין ההגדרות והתנאים המופיעים בתנאים הכללים לבין ההגדרות והתנאים המופיעים בכיסוי זה, יגברו התנאים וההגדרות המופיעים בתכנית ביטוח זו.

1. <u>הגדרות</u>:
בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. **בית חולים פרטי –אחד מאלה:**

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

1.1.2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;

1.2. **ברות ביטוח (ביטוח המשך ללא חיתום):** כיסוי המקנה למבוטח את הזכות להצטרף לתכנית ביטוח "כיסוי מלא" שתהא בתוקף באותה עת, תוך מתן רצף ביטוחי לתנאי החיתום שנקבעו ושהיו תקפים במועד תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח זו, ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה נוספת, ובתמורה לדמי ביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים בנספח כיסוי מלא אצל המבטחת באותה עת.

1.3. **הליך/ הליך רפואי**- ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות כהגדרתם בתכנית ביטוח זו.

1.4. הסדר ניתוח- **הסכם בין המבטחת ובין רופא ו/או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח ו/או לתחליף ניתוח שיבוצע בישראל ישולמו להם על ידי המבטחת.**

1.5. **הסדר התייעצויות**- הסכם בין המבטחת לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד הרפואי בעד ההתייעצות הרפואית הנקבע באותו הסכם, ימומן על ידי המבטחת.

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

1.7. **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

1.8. מנתח בהסדר- מנתח שהינו רופא מומחה עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת **ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה המנתח צד להסכם.**

1.9. מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן- מקרה ביטוח המכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, ואשר תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן הסתיימה לגבי המבוטח.

1.10. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן-** מקרה ביטוח, שהשב"ן לא מכסה לכלל החברים בשב"ן ו/או מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך תקופת האכשרה/ המתנה בשב"ן, בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה.

1.11. **מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים-** מקרה ביטוח שאינו מכוסה, באופן חלקי או מלא, על ידי השב"ן בו חבר המבוטח, בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים. כנסיבות הנוגעות למבוטח מסוים ייחשבו, בין היתר, הנסיבות הבאות:

1.11.1. פיגור בתשלום דמי חבר ו/או אי תשלומם לשב"ן.

1.11.2. השב"ן אינו בתוקף מכל סיבה שהיא.

1.11.3. חלות תקופת אכשרה/ המתנה חדשה בשב"ן על מבוטח אשר עבר מהשב"ן בו היה חבר בעת הצטרפותו לביטוח זה לשב"ן אחר.

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

1.13. נותן שירות בהסדר- רופא מומחה, ו/או מוסד רפואי עמו קשורה או עמו תתקשר המבטחת בהסכם הנוגע להליך רפואי ולפיו מלא התשלום הקבוע באותו הסכם בעד ההליך הרפואי ימומן על ידי המבטחת **ובלבד שבעת קרות מקרה הביטוח, היה הרופא המומחה ו/או המוסד הרפואי צד להסכם.**

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

1.15. רופא מומחה - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-i1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;

1.16. **קופת חולים-** כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

1.17. שתל- כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**

1.18. **תכנית ביטוח כיסוי מלא ("מהשקל הראשון")-** כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.

1.19. תכנית השב"ן-תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.

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

1.21. **תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן-** תקופת זמן רצופה של חברות בשב"ן, במהלכה החבר בשב"ן חייב בתשלום דמי חבר אך אינו זכאי לזכויות המפורטות בתקנון השב"ן בהתייחס לניתוחים פרטיים בארץ.

2. <u>מקרה הביטוח:</u>

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

2.2. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח במבוטח.

2.3. הכיסוי הביטוחי בתכנית ביטוח זו הינו רובד משלים לתכנית השב"ן שהמבוטח חבר בה, הלוקח בחשבון את מימון השתתפות קופת חולים בהוצאות מקרה הביטוח, בהתאם לתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

פרמיית הביטוח בגין הכיסוי הביטוחי הניתן על פי תכנית ביטוח זו הינה פרמיה מופחתת מאשר הפרמיה הנגבית בכיסוי מלא מהשקל הראשון, והכיסויים הביטוחיים ותגמולי הביטוח מוגבלים בהתאם לתנאים ולהסדרים כקבוע בתכנית ביטוח זו.

3. <u>תנאים מהותיים להתחייבויות המבטחת</u>

3.1. עם היוודע הצורך בביצוע ההליך, יפנה המבוטח <u>תחילה</u> אל קופת החולים בה הינו מבוטח בתכנית שב"ן למימוש זכאותו על פי תכנית השב"ן שברשותו ויפעל למיצוי מלוא הזכויות, המוקנות לו בגין מקרה הביטוח, במסגרת השב"ן בו הוא חבר.המבוטח ישתף פעולה עם המבטחת ככל שיידרש וכן יודיע למבטחת בהקדם וימסור לה כל החלטה של קופת חולים/ השב"ן הרלוונטית לבירור תביעתו וכן על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הוצאות מקרה הביטוח.

3.2. נוסף על האמור, על המבוטח להודיע למבטחת מראש ובכתב על הצורך בביצוע ההליך הרפואי וכן לקבל את אישורה מראש ובכתב לכיסוי ההליך הרפואי במסגרת תכנית ביטוח זו.

3.3. לא פנה המבוטח למבטחת לצורך קבלת אישורה, לפני ביצועו של ההליך הרפואי, כאמור לעיל, תהא רשאית המבטחת להפחית את סכום התשלומים בגין ההליך הרפואי עד לגובה הסכום שהיתה משלמת המבטחת לו היה פונה המבוטח למבטחת בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של ההליך הרפואי.

3.4. יובהר כי תגמולי ביטוח בגין הליך רפואי שבוצע על ידי נותן שירות בהסדר, ישולמו על ידי המבטחת באופן ישיר לנותן השירות בהסדר ובהתאם להסדר עמו, למעט השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח כמפורט בסעיף 5.2.3 להלן.

4. <u>תגמולי הביטוח:</u>

4.1. **<u>מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן:</u>**

בקרות מקרה ביטוח המכוסה בשב"ן, המבוטח יהא זכאי לכיסוי על פי תכנית ביטוח זו בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 להלן, **רק מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח בגין מקרה הביטוח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר עבור ההליך הרפואי שבוצע.**

4.2. מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסוים:

בקרות מקרה ביטוח שאינו מכוסה בשב"ן בשל נסיבות הנוגעות למבוטח מסויים, המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההפרש שבין ההוצאות המכוסות בסעיפים 5.1-5.3, לבין ההוצאות שהיו מגיעות למבוטח מהשב"ן בו היה חבר המבוטח לולא התקיימו הנסיבות הנוגעות לאותו מבוטח (להלן: "**ההפרש**").
לצורך חישוב ההפרש יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח, תיקבע השתתפות המבטחת על פי המידע הקיים אצל המבטחת לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח או בסוג ניתוח דומה, ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3. מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל המבוטחים בשל דחיה כללית:

בקרות מקרה ביטוח שהשב"ן אינו מכסה לכלל החברים בשב"ן , לרבות בשל תקופת אכשרה ו/או המתנה בשב"ן , וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, המבוטח יהיה זכאי לכיסוי ההוצאות בגין ההליך, בהתאם למפורט בסעיפים 5.1-5.3 להלן.

5. <u>התחייבויות המבטחת בקרות מקרה ביטוח:</u>

בקרות מקרה ביטוח, ולאחר מיצוי הזכויות בשב"ן, יהא זכאי המבוטח לכיסוי ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.3 **להלן בגין הליך רפואי, וזאת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בתכנית ביטוח זו ובכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המפורטים בסעיף 4 לעיל.**

5.1. <u>התייעצויות:</u>

5.1.1. המבטחת תכסה עד שלוש התייעצויות אגב ניתוח בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר, כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

5.1.2. **התייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין ההתייעצות עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על סך של 1500 ₪ בהתאם למסוכם מראש) להתייעצות.**

5.2. <u>שכר מנתח והוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע ניתוח:</u>

5.2.1. המבטחת **תכסה את מלא עלות שכר** מנתח בהסדר בגין הניתוח שבוצע.

5.2.2. **המבטחת תכסה את מלא ההוצאות רפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח** ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז **עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח (להלן: "ההוצאות המוכרות") ובלבד שהניתוח בוצע על ידי מנתח בהסדר בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית אשר בהסדר עם המבטחת.**

5.2.3. **יובהר כי לא ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר עם המבטחת, וכן לא יינתן למבוטח החזר כספי או תשלום כלשהו בגין ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר,** למעט החזר ההשתתפות העצמית בה נשא המבוטח בפועל בגין עלות שכר מנתח וההוצאות המוכרות עבור ניתוח שבוצע באמצעות תכנית השב"ן ובתנאי שהמנתח שביצע את הניתוח הינו מנתח בהסדר עם המבטחת.

6. <u>טיפול מחליף ניתוח:</u>

6.1.1. המבטחת תכסה את מלא עלות הטיפול מחליף ניתוח שבוצע באמצעות נותן שירות בהסדר.

6.1.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע שלא באמצעות נותן שירות בהסדר ו/או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר בגין הטיפול מחליף ניתוח עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה בגין אותו הליך שבוצע ובהיעדר סכום באתר

האינטרנט כאמור – לא יעלה ההחזר על עלות הניתוח אותו הטיפול מחליף, וזאת בהתאם לסכום הקבוע **באתר האינטרנט** יובהר כי לא תשלל זכותו של המבוטח לביצוע ניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

7. <u>ברות ביטוח:</u>

7.1. בעל הפוליסה או המבוטח, לפי הענין, יהיה זכאי, לאחר פניה בכתב למבטחת, לממש את זכותו לברות הביטוח על פי תכנית ביטוח זו, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

7.1.1. ביטול חברות המבוטח בשב"ן, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בשב"ן האמור או מבלי שהצטרף לשב"ן בקופת חולים אחרת. מועד ביטול החברות בשב"ן: מועד הודעת קופת החולים על ביטול השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, המאוחר מביניהם.

7.1.2. מעבר לשב"ן בקופת חולים אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה/ המתנה בשב"ן בקופת החולים שעבר אליה (אם קיימת).

7.2. **הזכאות למימוש ברות ביטוח, בהתאם לסעיף זה תהיה תקפה למשך 60 ימים ממועד ביטול החברות בשב"ן, בין אם המבוטח עבר לשב"ן בקופת חולים אחרת ובין אם לאו.**

7.3. תחילת תקופת הביטוח בנספח כיסוי מלא תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

7.4. על בעל הפוליסה או המבוטח המבקש לממש את זכותו לברות הביטוח להמציא למבטחת את כל ההוכחות הדרושות לקיום אחד מהמקרים המפורטים בסעיפים 7.1.1 ו- 7.1.2 לעיל.

7.5. על תכנית ביטוח זו להיות בתוקף מלא לפחות עד המועד בו נכנס ביטול חברות המבוטח בשב"ן לתוקף.

8. <u>תקופת אכשרה:</u>

8.1. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים.

8.2. על אף האמור בסעיף 8.1, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

9. <u>חריגים מיוחדים</u>:

המבטחת לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם על פי תכנית ביטוח זו תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים ו/או כאשר מקרה הביטוח, כולו או מקצתו, קשור במישרין ו/או בעקיפין לאחד מהמקרים המנויים להלן ו/או נובע מהם:

9.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה;

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

9.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:

9.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

9.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

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

9.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

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

9.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

9.8. **מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;**

9.9. **מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 26 לתנאים הכללים המהווים חלק בלתי נפרד מתכנית ביטוח זו.**

פרק ט' - התייעצות עם רופאים מומחים

1. התייעצויות בארץ

1.1 . **מקרה הביטוח**: התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, עם רופא מומחה ו/או התייעצות שקיים המבוטח עם רופא מומחה בעת התרחשות אחד האירועים הבאים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית.

1.2 . **זכאות:** המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות לפני כל ניתוח או בעת התרחשות אירוע כמפורט בסעיף 1.1 לעיל בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך של 215 ₪ בגין כל התייעצות.

2. **התייעצות בחו"ל**

2.1 . **מקרה הביטוח**: התייעצות שקיים המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בעת התרחשות אחד האירועים הבאים או לאחריו: סרטן, אי ספיקתכליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית;
במידה והרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית כדי שיוכל לייעץ לו כאמור – תכוסה נסיעתו של המבוטח לחו"ל.
תנאי מוקדם לזכאות על פי סעיף זה הינו כי המבוטח הודיע למבטח 10 יום מראש על כוונתו לקיים התייעצות.

2.2 . שכר ההתייעצות ישולם ע"י המבטח ישירות בניכוי השתתפות עצמית בסך של 20% ולא יותר מ 3,750 ₪ .

2.3 . התייעץ המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בדרך אחרת, יחזיר לו המבטח את שכר טרחת הרופא בגין ההתייעצות בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 20% ולא יותר מ 4,750 ₪ .

2.4 . המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני כל ניתוח או בעת התרחשות אירוע כמפורט בסעיף 2.2 -2.3. לעיל.

פרק י' - שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו לקבלת שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפולי השיניים הבאים, לרבות ובכפוף לאמור להלן:

1. בדיקה וצילום השן ו/או השיניים הכואבות, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשיכוך הכאב)לא כולל עלות התרופות במרשם(במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת, עקירה דחופה, ניקוז מורסות משן נגועה, הדבקה ארעית של כתרים שנפלו ועקירת עצב מודלק.
2. המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין הטיפולים הנ"ל בגובה הוצאותיו בפועל ועד לתקרת ההחזר כמפורט להלן: **תגמולי שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים** :

סוג הטיפול	החזר בש"ח
בדיקה	150 ₪
צילום השן ו/או השיניים הכואבות	50 ₪
סתימה זמנית	150 ₪
אבחון הבעיה הרפואית ומתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת(לא כולל עלות התרופות במרשם)	150 ₪
עקירה דחופה - רגילה	200 ₪
עקירה דחופה - כירורגית	500 ₪
ניקוז מורסה (משן נגועה) דרך החניכיים	200 ₪
הדבקה ארעית של כתרים שנפלו	100 ₪
עקירת עצב מודלק	175 ₪

פרק י"א - מנוי למשדר קרדיולוגי

1. המבטח ישפה את המבוטח אם מצבו הבריאותי מחייב שימוש בשרותי מנוי על משדר קרדיולוגי (להלן: "מנוי").
2. מבוטח יחשב כנמצא במצב בריאותי המחייב שימוש במשדר קרדיולוגי אם:
   2.1 . הוא נמצא בשלבי החלמה לאחר אוטם שריר לב-חד.
   2.2 . הוא סובל מהפרעות קצב המסכנות את חייו.
3. המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל עבור דמי שירות המנוי עד לתקרה של 5,000 ₪ לשנה, למשך תקופה של עד 5 שנים, בגין כל מקרה ביטוח.

פרק י"ב - בדיקות אבחנתיות

1. מקרה הביטוח:
הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים להלן אשר יינתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתנאי הזכאות המפורטים בכל סעיף בנפרד.

2. השירותים הרפואיים:

2.1 בדיקות מעבדה, צילומים, שיקופי רנטגן, בדיקות הדמיה, אולטרה סאונד (US), טומוגרפיה ממוחשבת (CT) MRI, א.ק.ג ובדיקות דימות כגון , CARDIO EMG,EEG ,PET ,CT

קולונוסקופיה וירטואלית, חוות דעת שניה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים וכל בדיקה אחרת המבוצעת בטכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד לאבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול בה. וכן, חבלי לפגוע בכלליות האמור, בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה וכל בדיקה אחרת לאבחון מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה.

2.2 חוות דעת רפואית ראשונה - דוח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן , US MRI, CT, בדיקות הדמיה אחרות וכל הבדיקות כמפורט לעיל, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכל בדיקה אחרת לאבחון מחלה ו/או לקביעת דרכי הטיפול בה וכיוצא בזה.

3. תגמולי הביטוח:
המבטח ישא בהוצאות בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין מקרה/מקרי הביטוח ועד תקרה של 30,000 ₪ לכלל הבדיקות.

פרק י"ג - בדיקות תקופתיות

1. מקרה הביטוח:
בדיקה תקופתית שנערכה למבוטח, ובלבד שהתקיימו התנאים המצטברים הבאים:

1.1. גילו של המבוטח הינו מעל 40 שנה בעת ביצוע הבדיקה.

1.2. המבוטח זכאי לעבור את הבדיקה התקופתית פעם אחת כל שלוש שנות ביטוח. הזכות לעבור את הבדיקה התקופתית אינה מצטברת. לא מימש המבוטח את זכותו לביצוע בדיקה במהלך שלוש שנות ביטוח כאמור, יהיה זכאי לבדיקה תקופתית בכל מועד לאחר תום שלוש שנות ביטוח כאמור ואולם הוא יהיה זכאי לבדיקה התקופתית הבאה לאחר תום שלוש שנות ביטוח ממועד ביצוע הבדיקה התקופתית האחרונה.

1.3. במידה ורופא מומחה קבע, כי יש לבצע בדיקה תקופתית למרות שטרם חלפו שלוש שנות ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין בדיקה זו.

:

2. בדיקה תקופתית:
בדיקת דם, בדיקת שתן, צילום חזה, בדיקה גופנית מקיפה, בדיקת עיניים מקיפה כולל, מבלי לפגוע בכלליות האמור, לחץ תוך עיני, קרקעיות עין וכו', בדיקות תפקוד הלב: א.ק.ג במנוחה וא.ק.ג. במבחן מאמץ ארגומטריה, בדיקת צואה, לדם סמוי, בדיקת איידס, בדיקת תפקודי נשימה, בדיקת שמיעה; לנשים - הבדיקות המפורטות לעיל וכן בדיקת שד, בדיקה גניקולוגית הכוללת מבלי לפגוע בכלליות האמור גם לקיחת משטח מצוואר הרחם ממוגרפיה, אולטרה סאונד בטן, אוסטאופורוזיס וכל בדיקה שתהיה מקובלת לצורך בדיקה תקופתית.

3. תגמולי הביטוח:

3.1. אצל נותן שירות הנמצא בהסכם עם המבטח: החזר מלא בהשתתפות עצמית של 250 ₪

3.2. אצל נותן שירות אחר: החזר הוצאות בשיעור של 50% מעלות ההוצאה בפועל ולא יותר מ 1,500 ₪.

פרק י"ד - בדיקות הריון

1. המבטחת תשלם למבוטחת תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוצאו לצורך בדיקות הריון אך לא יותר מסך של 3,000 ₪ עבור סה"כ הבדיקות .
2. הזכאות לבדיקות כאמור היא סה"כ לכל הריון בודד ובלבד שהמבוטחת לא הייתה בהריון בעת הצטרפותה לביטוח.

מפרט הפוליסה

1. תקופת הביטוח 01/07/2020 ועד 30/06/2025 (5 שנים) תקופת הביטוח לגבי הרחבה 2 (פרקים ח' יד י"ד כולל 01/04/2021 עד 30/06/2025).
2. מועד תחילת הביטוח: המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/07/2020.
3. יובהר, כי הצטרפות בני משפחה מותנית בהצטרפות העובד / החבר לביטוח.
4. ילד - ילד עד גיל 25. ילד שלישי ואילך- חינם
5. מדד הבסיס: מדד חודש יוני אשר יפורסם ב-15/07/2020 לגבי רובד הרחבה 3 - "מושלמת לרופא" המדד שיפורסם בתאריך 15/06/2021 12526 נק'.
6. לא ניתן לרכוש רובד הרחבה כלשהו ללא רכישת רובד 1- קטסטרופות.

להלן פירוט הפרמיה החודשית ב- ₪ לתכנית הביטוח:

רובד הבסיס	
קבוצת גיל	**דמי ביטוח חודשיים בש"ח**
0-25	10 ₪
26-40	21 ₪
41-50	39 ₪
51-60	68 ₪
61-65	97 ₪
+66	118 ₪

רובד ההרחבה – פיצוי למחלות קשות ואירועים רפואיים	
קבוצת גיל	דמי ביטוח חודשיים בש"ח לכל יחידת ביטוח בגובה 50,000 ₪ (בכפוף להצטרפות ישירה מול המבטחת)
0-20	6.3 ₪
21-25	7.2 ₪
26-30	8.1 ₪
31-35	10.3 ₪
36-40	14.3 ₪
41-45	22.2 ₪
46-50	30.9 ₪
51-55	41.1 ₪
56-60	67.2 ₪
61-65	99.2 ₪
66-75	204.1 ₪

רובד הרחבה 3 - מושלמת לרופא – ניתוחים בארץ (שקל ראשון/משלים שב"ן) ושירותים אמבולטוריים		
קבוצת גיל	משלול ניתוחים בארץ – שקל ראשון	מסלול ניתוחים בארץ – משלים שב"ן
0-25	₪ 15.90	₪ 13.90
26-40	₪ 46.10	₪ 44.10
41-50	₪ 64.25	₪ 62.25
51-60	₪ 74.50	₪ 72.50
61-65	₪ 86	₪ 84
+66	₪ 130	₪ 128

<u>הצהרת בעל הפוליסה</u>

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט - 2009

לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

1. [X] בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם ו/או גמלאים ובני משפחותיהם.

   [X] בעל הפוליסה הוא תאגיד והמבוטחים הם חברים בתאגיד ו/או בני משפחותיהם של החברים המבוטחים בתאגיד, ובלבד שקבלת ביטוח בריאות אינה המטרה העיקרית להתאגדותו.

2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמים את הפרמיות או חלקן).

3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.

4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה, הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו״ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו״ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס ״תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו״ל״ על שני חלקיו-

חלק א׳ - הכולל את פרטי המבוטח, יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.

חלק ב׳ - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ״ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו׳) בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ״ח, יש למלא את הטופס ע״י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ״ח.

חלק ג׳ - נועד למילוי ע״י הרופא המנתח/מטפל בחו״ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו״ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו״ל.

חלק ד׳ - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.

כמו כן, יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע״מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 2000
או בדוא״ל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il

טופס תביעה להשתלה, טיפול מיוחד בחו״ל וניתוחים בחו״ל
באמצעות פקס: 03-7606744 או באמצעות דוא״ל: t-surg@menora.co.il
לפניות ובירורים בנושא תביעה- מוקד שירות לקוחות בטלפון: 03-7107957 או 2000*

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה,

תרופות שאינן בסל הבריאות
יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.

חלק א׳ - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.

חלק ב׳ - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.

חלק ג׳ - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע״י רופא מומחה, טופס 29ג׳ וקבלה מקורית (לחלופין ניתן להגיש העתק קבלה + אישור החזר מקופת החולים/גורם אחר)

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.
שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע״מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 2000
או בדוא״ל moked-health@menora.co.il

התיישנות
על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע.
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה,

ניתוחים עתידיים
הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:
בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או 2000 * או באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*.
2. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
3. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000
או בדוא"ל: moked-health@menora.co.il

התיישנות
על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 5 שנים מקרות האירוע.
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת ההתיישנות.

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il.

טופס תביעה להשתלה, טיפול מיוחד בחו״ל וניתוחים בחו״ל
באמצעות פקס: 03-7606744 או באמצעות דוא״ל: t-surg@menora.co.il
לפניות ובירורים בנושא תביעה- מוקד שירות לקוחות בטלפון: 03-7107957 או 2000*

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס ״תביעה להחזר הוצאות״ בו יש למלא את שני החלקים חלק א׳ הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב׳ שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפולי פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס ״תביעה להחזר הוצאות״ בו יש למלא את שני החלקים. חלק א׳ הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

חלק ב׳ שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס ״תביעה להחזר הוצאות״ בו יש למלא את חלק א׳, הכולל את פרטי המבטח.

יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפולי הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס ״תביעה להחזר הוצאות״ בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א׳ הכולל את פרטי המבוטחת. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
חלק ב׳ שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס ״תביעה להחזר הוצאות״ בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א׳ הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
חלק ב׳ שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הטיפול.
חלק ג׳ קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.
*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

מ.ת. 182

לפרטים ומידע

פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מוקד שירות לקוחות ארצי: 2000*

www.menoramivt.co.il

ההסתדרות הרפואית בישראל

טלפון: 03-6100471

מייל: prat@ima.org.il