

# פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות לעובדי קבוצת אמן מחשבים בע"מ ובני משפחותיהם

יולי 2022





## תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
אופן הגשת תביעה	4
תמצית פרטי הפוליסה + תיאור הכיסויים על פי תקנות "גילוי נאות"	5
הסכם לביטוח בריאות קבוצתי	15
הגדרות ותנאים כלליים	24
<b>רובד בסיס</b>	
פרק א - השתלות בארץ ובחו"ל/ ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל	40
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	44
<b>רובד הרחבה א</b>	
פרק ג - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	48
פרק ד - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)	50
פרק ה - שירותים אמבולטוריים	53
<b>רובד הרחבה ב</b>	
פרק ו - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה)	54
פרק ז - שירותים אמבולטוריים מורחבים	57

### בקשה לתשלום תגמולי ביטוח (תביעה) בביטוח רפואי בעת מקרה ביטוח

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבטוח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשולמים / מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה. את הבקשה למחלקת התביעות יש להגיש לפני ביצוע הטיפול המבוקש.

### מה לעשות במקרה של תביעה?

ניתן לפנות לביליבאו סוכנות לביטוח

בטלפון: 054-6776066

דוא"ל: [idan@bilibow.co.il](mailto:idan@bilibow.co.il)

**יש אפשרות לפנות גם אל לחברת הביטוח באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון:**

1-800-35-2001 או במייל: [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il).

**ימים ושעות פעילות:** ימים א' עד ה' בין השעות 8:00 - 16:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, בחשבון האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה** - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).
2. **מייל להתכתבות** - במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול** - יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול/טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18** - במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
5. **ניתוחים עתידיים** - יש להעביר למייל [mail-briutms@ayalon-ins.co.il](mailto:mail-briutms@ayalon-ins.co.il) לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
6. **יתר התביעות** - יש להעביר למייל [tviot\\_briut@ayalon-ins.co.il](mailto:tviot_briut@ayalon-ins.co.il).
7. **בירור סטטוס תביעה** - יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1-800-35-2001 או למייל [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il).

## גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

<b>תמצית פרטי הפוליסה</b>	
פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לעובדי אמן מחשבים בע"מ וחברות בנות ובני משפחותיהם	<b>שם הביטוח</b>
השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים פרטיים בחו"ל / מחליפי ניתוח בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח משלים שב"ן (אחידה); שירותים אמבולטוריים; ניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח מהשקל הראשון (אחידה) שירותים אמבולטוריים מורחבים.	<b>סוג הביטוח</b>
<p style="text-align: center;"><b>רובד בסיס</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - פרק א'</li> <li>• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>רובד מורחב א'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'</li> <li>• ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן - פרק ד'</li> <li>• שירותים אמבולטוריים - פרק ה'</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>רובד מורחב ב'</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון - פרק ו'</li> <li>• שירותים אמבולטוריים מורחבים - פרק ז'</li> </ul>	<b>תיאור הביטוח</b>
<b>5 שנים: החל מתאריך 01.07.2022 ועד תאריך 30.06.2027</b> (תקופת ביטוח קודמת 01.01.2018 עד 30.06.2022)	<b>תקופת הביטוח</b>
<b>תנאים הכלליים – סעיף 12</b> <b>פרק ב' – סעיף 4</b> <b>פרק ג' – סעיף 1.4</b> <b>פרק ד' – סעיף 6</b> <b>פרק ו' – סעיף 11</b>	<b>הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)</b>
פרקים א' – ג', ה' – 90 ימים פרקים ד', ו' – 90 ימים, למעט הריון ולידה – 12 חודשים. פרק ז' – 90 ימים, למעט התפתחות הילד, הריון ולידה – 180 ימים.	<b>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*</b>
<p style="text-align: center;"><b>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b></p> <p>השתתפות עצמית 159 ₪ למקרה ביטוח לחדש ובניכוי השתתפות קופ"ח אם קיימת, המיון לכל מרשם יועד לטיפול של עד שלושה חודשים, ההשתתפות העצמית של מבוטח בחדש לא תעלה על 318 ₪.</p> <p>בדיקה גנומית – 15% השתתפות עצמית. קאנביס רפואי – 20% השתתפות עצמית.</p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ה - שירותים אמבולטוריים</b></p> <p>סעיפים 3.1, 3.3 – 20% השתתפות עצמית.</p> <p style="text-align: center;"><b>פרק ז - שירותים אמבולטוריים מורחבים</b></p> <p>סעיף 3.27 – 10% השתתפות עצמית; סעיפים 3.1, 3.2, 3.3, 3.6, 3.7, 3.13 – 15% השתתפות עצמית; סעיפים 3.1, 3.4, 3.12, 3.15, 3.18, 3.19, 3.21, 3.22, 3.23, 3.25, 3.26, 3.28 - 20% השתתפות עצמית; סעיפים 3.8, 3.9, 3.10, 3.11, 3.29 – 25% השתתפות עצמית.</p>	<b>השתתפות עצמית</b>
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	<b>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</b>

עלות הביטוח				
גיל	רובד בסיס	גיל	רובד מורחב א	רובד מורחב א
עובד / בן / בת זוג	24.40 ₪			
בוגר מגיל 26 ומעלה	24.40 ₪	בוגר גיל 26 - 50	79.50 ₪	39.20 ₪
		בוגר 51 ואילך	167.40 ₪	48.70 ₪
ילד / נכד של עובד (עד גיל 25)	13.80 ₪	ילד עד גיל 25	26.50 ₪	15.90 ₪
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ילד/נכד עד גיל 25, ילד שלישי ואילך חינם.</li> <li>• הצטרפות לרובד מורחב א' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיס.</li> <li>• הצטרפות לרובד מורחב ב' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיס ולרובד מורחב א'.</li> <li>• מובהר כי בני המשפחה יצורפו לאותם רבדים בהם מבוטח העובד.</li> </ul>				
מדד שפורסם ביום 15.05.2022 (12971 נקודות).				
<p>רובד בסיס - פרמיה קבועה. למעט מעבר מילד לבוגר.  רובד הרחבה – משתנה לפי גיל, על פי הטבלה שלעיל</p>				
מדד הפרמיה				
מבנה הפרמיה				

## תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>פרק א - השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל</b>		
<p><b>השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל סעיף 3.1</b></p>	<p>שיפוי כללי מרבי להשתלה</p>	<p>בוצעה השתלה בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בוצעה השתלה בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 5,297,313 ₪.</p>
<p><b>טיפול מיוחד בחו"ל סעיף 3.2</b></p>	<p>שיפוי בגין הוצאות טיפול מיוחד בחו"ל</p>	<p>בוצע טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא. בוצע טיפול/ניתוח מיוחד בחו"ל בבית חולים שאינו בהסכם - שיפוי עד 1,059,463 ₪.</p>
<p><b>הוצאות רפואיות נלוות סעיף 3.4.1-3.4.12</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי בגין הוצאות איתור איבר, לרבות איתור תורם מח עצם, רישום במאגרים בחו"ל, הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או דם היקפי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושטל שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה למבטח ומלווה או במקרה של קטין שני מלווים.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית מיוחדת הלוך-חזור לחו"ל כולל ליווי רפואי וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל למבטח ומלווה או במקרה של מבטח קטין לשני מלווים. עד 180 יום לפני מועד ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 ימים לאחר ביצועם.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע ההשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות טיפולי המשך הנדרשים לבוטח שנעשים בארץ או בחו"ל, לרבות טיפול תרופתי וטיפולי שיקומי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות העברת גופת המבטח לישראל, אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות רפואיות אחרות החיוניות לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות מעקב בחו"ל לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.</li> </ul>	<p>עד 211,893 ₪</p> <p>עד 211,893 ₪</p> <p>עד 1,059,463 ₪ עד 26,486 ₪</p> <p>עד 105,946 ₪</p> <p>עד 1,059 ₪ ליום למלווה יחיד או 1,598 ₪ לזוג מלווים ועד תקרה של 211,892 ₪.</p> <p>עד 158,919 ₪.</p> <p>עד 158,919 ₪.</p> <p>עד 31,784 ₪.</p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה</b> <u>סעיף 3.6</u>	פיצוי למבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת, למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמית, והציג אישור של מרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה.	370,812 ₪.
<b>תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה</b> <u>סעיף 3.7</u>	פיצוי למבוטח אשר ביצע השתלה בחו"ל, למעט השתלת קרנית ו/או השתלת מח עצם עצמית ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.	370,812 ₪ עבור השתלה בחו"ל. 105,946 ₪ עבור השתלה בארץ.
<b>גמלה החלמה לאחר ביצוע השתלה</b> <u>סעיף 3.8</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי למבוטח אשר עבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל.</li> <li>שיפוי למבוטח אשר עבר השתלת קרנית ומח עצם עצמית.</li> </ul>	7,946 ₪ לחודש למשך 24 חודשים. 4,238 ₪ לחודש למשך 3 חודשים.
<b>טיפול ניסיוני בחו"ל</b> <u>סעיף 3.9</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי בגין הוצאות נלוות למבוטח אשר נדרש לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת הסרטן והטיפול ממומן ע"י גורם שלישי.</li> <li>שיפוי בגין עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית כולל ליווי רופא וציוד רפואי נדרש, והוצאות העברה יבשתית סבירות.</li> <li>שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול.</li> </ul>	עד 52,973 ₪ עד 42,378 ₪ למבוטח ומלווה, ועד 63,568 ₪ לזוג מלווים עד 105,945 ₪ עד 1,059 ₪ ליום למלווה, ועד 1,589 ₪ לזוג מלווים ועד 60 ימים.
<b>בטרם מתן פיצוי או שיפוי למימון ביצוע ההשתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</b>		
<b>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות ע"פ הדין החל באותה מדינה;</b>		
<b>ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</b>		
<b>פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</b>		
<b>תרופות שלא בסל הבריאות</b> <u>סעיף 3</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואשרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה.</li> <li>כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות.</li> <li>תרופת יתום.</li> <li>תרופה המוגדרת כ-off label.</li> <li>תרופה מכוח סעיף 29 ג'</li> <li>בדיקה גנומית</li> </ul>	עד 3,178,388 ₪, מתמלא כל 30 חודשים.  עד 1,059,463 ₪ עבור תרופה לסרטן, ועד 529,731 ₪ לתרופה שאינה לסרטן. עד 30,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
<b>קנאביס רפואי</b> <u>סעיף 3.4</u>	שיפוי בגין קנאביס רפואי למבוטח, ובלבד שקיים אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי.	עד 1,000 ₪ לחודש ועד תקרה של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
עד 219 ₪ לכל טיפול ועד 60 טיפולים.	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה.	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה <u>סעיף 3.8</u>
<b>רובד הרחבה א</b>		
<b>פרק ג - ניתוחים פרטיים בחו"ל / מחליפי ניתוח בחו"ל</b>		
בוצע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בתיאום מראש עם המבטח - שיפוי מלא. בוצע ניתוח ו/או תחליף ניתוח ללא תיאום מראש עם המבטח - שיפוי עד תקרה של 264,865 ₪ או עד 200% מעלות הניתוח בארץ. הגבוהה מביניהם.	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בחו"ל כולל הוצאות רפואיות נלוות.	<b>ניתוחים פרטיים בחו"ל / מחליפי ניתוח בחו"ל</b> <u>סעיף 1.1</u>
עד 90,054 ₪ הוצאות טיסה עד 26,486 ₪ למבוטח ומלווה יחיד או עד 42,378 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים. הוצאות שהייה עד 742 ₪ ליום ועד 21 ימים.  עד 105,946 ₪  עד 742 ₪ ליום ועד תקופה של 5 ימים.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטיסה רפואית מיוחדת אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל כולל ליווי רופא וציוד רפואי.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות טיסה ושהייה בחו"ל במקרה של ניתוח ו/או תחליף ניתוח אשר היה כרוך באשפוז מעל 7 ימים או יותר.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חס וחלילה כתוצאה מביצוע הניתוח.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל למבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל.</li> <li>• שיפוי בגין הוצאות שהייה לאחר הניתוח למבוטח שנדרש להישאר בקרבת ביה"ח ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח ועד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. ובכפוף להנחיית הרופא המנתח.</li> </ul>	<b>הוצאות רפואיות נלוות</b> <u>סעיפים 1.2.1 - 1.2.9</u>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)</b>		
<b>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח</b> <u>סעיף 2</u>	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן  <ul style="list-style-type: none"> <li>• התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח;</li> <li>• שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח;</li> <li>• הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/טיפול מחליף ניתוח;</li> <li>• הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/טיפול מחליף ניתוח והאשפוז;</li> <li>• שתלים;</li> <li>• תרופות במהלך אשפוז.</li> </ul>	כיסוי לאחר מיצוי זכאות עם השב"ן. במקרה של ספק שאינו בהסדר ינתן שיפוי עד לסכום המרבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה.  עד 1,589 ₪ ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.
לתשומת ליבך, למימוש כיסוי בגין ניתוח, עלייך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.		
<b>פרק ה - שירותים רפואיים אמבולטוריים</b>		
<b>התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח</b> <u>סעיף 3.1</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצות או אבחונים עם רופא מומחה – עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. למעט רופא ילדים ו/או רופא נשים המטופלים בשגרה.	עד 1,059 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>חוות דעת שנייה בחו"ל</b> <u>סעיף 3.2</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• שיפוי בגין הוצאות חוות דעת שניה שניתנה ע"י רופא מומחה בחו"ל. בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח. <b>ובלבד שחוות הדעת ניתנה ע"י רופא מומחה בתחום.</b></li> <li>• שיפוי בגין הוצאות טיסה במקרה ובו המבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת.</li> </ul>	עד 4,767 ₪ לשנת ביטוח. עד 7,767 ₪ לשנת ביטוח.
<b>בדיקות רפואיות אבחנתיות</b> <u>סעיף 3.3</u>	שיפוי בגין הוצאות בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 בפרק זה. <b>ובלבד שהבדיקה בוצעה על פי הפניית רופא מומחה בכתב.</b>	עד 7,416 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<b>רובד הרחבה ב</b>		
<b>פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מ"השקל הראשון" (אחידה)</b>		
<p>בעת ביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם ספק שבהסכם - ינתן שיפוי מלא.</p> <p>בעת ביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם ספק שאינו בהסכם - ינתן שיפוי עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבוטח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.</p> <p>שיפוי מלא עם נותן שירות שבהסכם. אם נותן שירות שאינו בהסכם עד 1,589 ₪. ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח</p>	<p><b>ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</b></p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח;</p> <p>שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח; הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח; הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/ טיפול מחליף ניתוח והאשפוז; שתלים; תרופות במהלך אשפוז.</p>	<p><b>ניתוח או מחליף ניתוח בארץ</b> <b>אחידה סעיף 3</b></p>
<p><b>לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.</b></p>		
<b>פרק ז - שירותים אמבולטוריים</b>		
<p>ועד 4,767 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל לרבות בדיקה פתולוגית לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח. <b>ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום.</b></p>	<p><b>חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית</b> <b>סעיף 3.1</b></p>
<p>עד 3,178 ₪, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות חוות דעת שניה אצל רדיולוג מומחה לשם פיענוח בדיקות הדמיה.</p>	<p><b>חוות דעת שניה לפענוח בדיקות הדמיה</b> סעיף 3.2</p>
<p>עד 159 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה לרבות במים מתוקים או מלוחים <b>ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה.</b></p>	<p><b>טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה</b> <b>סעיף 3.3</b></p>
<p>עד 265 ₪ לטיפול ועד 22 טיפולים לשנת ביטוח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p>	<p>שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיקום עפ"י הוראת רופא כמפורט: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק.</p>	<p><b>טיפול שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה</b> <b>סעיף 3.4</b></p>

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>טיפולים ובדיקות אונקולוגיות</b> <u>סעיף 3.5</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים אונקולוגיים, טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות NOVOCUER, טיפולים בקירוי וכל טיפול אונקולוגי אחר. <b>ובלבד שהצורך לטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.</b>	עד 105,946 ₪ למקרה ביטוח ועד <b>211,892 ₪ עבור טיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה.</b>
<b>בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות</b> <u>סעיף 3.6</u>	שיפוי בגין הוצאות בבדיקות מעבדה לרבות בבדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית לאבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולים לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול ו/או מינון וסוג התרופה וכדומה, בבדיקות נשאות גנטית של המבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה מחלה. <b>ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב. יובהר כי לא יאושרו בבדיקות מי שפיר או בבדיקה המחליפה מי שפיר תחת סעיף זה.</b>	עד 31,784 ₪ למקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
<b>טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים</b> <u>סעיף 3.7</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת.	עד 5,297 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
<b>מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי</b> <u>סעיף 3.8</u>	שיפוי בגין הוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר <b>ובתנאי שאובחן במבוטח צורך בנייתו לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה.</b>	75% מההוצאה ועד 159 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
<b>התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב</b> <u>סעיף 3.9</u>	שיפוי בגין הוצאות התעמלות שיקומית לאחר ובסמוך למועד השתלת לב או הניתוח <b>ובתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית.</b>	75% מההוצאה ועד 219 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.
<b>שהייה במוסד החלמה מוכר החלמה לאחר ניתוח גדול</b> <u>סעיף 3.10</u>	שיפוי בגין הוצאות שהייה במוסד החלמה ובתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 ותנאי הפוליסה <b>ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק עם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים.</b>	75% מההוצאה ועד 742 ₪ ליום ועד 14 יום.
<b>טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה</b> <u>סעיף 3.11</u>	שיפוי בגין הוצאות עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה <b>ובלבד שהבדיקה / טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.</b>	עד 4,238 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25%.
<b>שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי</b> <u>סעיף 3.12</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפולי שיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח באובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה.	עד 219 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>אחות/פרטית</b> <u>סעיף 3.13</u>	שיפוי בגין הוצאות שכירת אחות/פרטי לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע הניתוח)	עד 759 ₪ ליום ועד 14 ימים לשנת ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>חדר מלח</b> <a href="#">סעיף 3.14</a>	שיפוי בגין הוצאות טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות ו/או מחלת עור ובכפוף להפניית רופא מומחה.	עד 127 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>שיקום הליכה ויציבה</b> <a href="#">סעיף 3.15</a>	שיפוי בגין הוצאות שיקום הליכה ויציבה באמצעות נעל מסוג צעד בינה או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת הליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח במיניסקוס או בלט דיסק ו/או לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. <b>בכפוף להפניה בכתב מרופא אורתופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום.</b>	עד 7,416 ₪ ומתמלא כל 30 חודש, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>הזרקת חומרי סינון למפרקים</b> <a href="#">סעיף 3.16</a>	שיפוי בגין הוצאות להזרקת חומרי סינון למפרקים לרבות עמוד שדרה.	עד 3,178 ₪ למקרה ביטוח
<b>טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות המפרקים וברקמות הרכות</b> <a href="#">סעיף 3.17</a>	שיפוי בגין הוצאות לטיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידות במפרקים וברקמות הרכות.	עד 3,178 ₪ למקרה ביטוח
<b>בדיקות ראייה באשפוז</b> <a href="#">סעיף 3.18</a>	שיפוי בגין הוצאות בבדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאונה או מחלה שבגינה היה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו.	עד 219 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים</b> <a href="#">סעיף 3.19</a>	שיפוי בגין טיפולים בהתפתחות לילד מבוטח מגיל 16 - <b>שאובחנו ע"י מומחה לנירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, הטיפול יעשה ע"י פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג.</b> וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, ברכיבה טיפולית, שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים.	עד 159 ₪ לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים לתקופה של 30 חודשים.
<b>בעיות הרטבה לילדים</b> <a href="#">סעיף 3.20</a>	שיפוי בגין הוצאות סדרת טיפולים למניעת הרטבה לילד מבוטח מעל גיל 5, ושהתקיימה במהלך תקופת הביטוח.	עד 848 ₪ זכאות אחת בכל תקופת ההסכם.
<b>אבחון בעיות התפתחות ילדים</b> <a href="#">סעיף 3.21</a>	שיפוי בגין הוצאות אבחון לילד מבוטח עד גיל 16 הנעשה ע"י <b>רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכן אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכודידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז, בבדיקת TOVA.</b>	עד 2,649 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, הזכאות הינה פעם אחת לכל תקופת ההסכם.
<b>רפואה מונעת מגיל 50 ואילך</b> <a href="#">סעיף 3.22</a>	שיפוי בגין הוצאות למבוטח לבדיקות הכוללת ממוגרפיה, אקו לב ודופלר צווארי, בבדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בבדיקת PSA, בבדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות.	עד 371 ₪ לבדיקה, ועד 3 בדיקות בשנה, מתחדש כל 30 חודשים, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>בדיקות ושירותים וטיפולים להריון</b> <a href="#">סעיף 3.23</a>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.2 בתנאי הפוליסה. שיפוי בגין הוצאות בבדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמפורט בסעיף 1.3 בתנאי הפוליסה.	80% מההוצאה ועד 5,500 ₪ להריון; עבור ייעוץ גנטי 80% מההוצאה ועד 1,589 ₪ להריון.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע
<b>הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין סעיף 3.24</b>	שיפוי בגין הוצאות הפסקת הריון על רקע רפואי עד לשבוע שביעי להריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה.	עד 4,240 ₪ למקרה ביטוח.
<b>טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית ובחול"ל סעיף 3.25</b>	שיפוי בגין הוצאות בארץ או בחו"ל לטיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית ו/או כל טיפול שתכליתו כניסת המבוטחת להריון. <b>בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום ליקויי הריון בישראל. למען הסר ספק במקרה ובו שני בני הזוג מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג.</b>	80% מההוצאה ועד 21,189 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים.
<b>מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחול"ל סעיף 3.26</b>	שיפוי בגין הוצאות בדיקות רפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות <b>ובתנאי שהפונדקאות, אם התקיימה בישראל נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות. למען הסר ספק במקרה ובו שני בני הזוג מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג.</b>	80% מההוצאה ועד 26,485 ₪ לטיפול ועד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד שני ילדים.
<b>הדפסת אברים סעיף 3.27</b>	שיפוי בגין הוצאות פעולה להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסת תלת מימד של אברים הנדרשים להכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי: <ul style="list-style-type: none"> <li>• הדמיית תלת מימד</li> <li>• הדפסת תלת מימד של האיבר לצורך המחשה.</li> <li>• הדפסת תלת מימד של האיבר להשתלה.</li> <li>• הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח.</li> </ul>	בכפוף להשתתפות עצמית של 10%. עד 2,000 ₪. עד 10,000 ₪. עד 35,000 ₪. עד 15,000 ₪
<b>הזרקות סעיף 3.28</b>	שיפוי בגין הוצאות הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק בין אם תחת שיקוף או לא. <ul style="list-style-type: none"> <li>• הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיצרות דליות המחייבות טיפול רפואי.</li> <li>• הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה.</li> </ul> <b>מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.</b>	עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
<b>לרפואה משלימה סעיף 3.29</b>	שיפוי בגין הוצאות טיפולי רפואה משלימה על פי הפירוט: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו - פיזיק, נטורופתיה, ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא.	עד 120 ₪ לטיפול, ועד 16 טיפולים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים וחריגיה. טל"ח.

# תנאים כלליים להסכם ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אמן מחשבים בע"מ וחברות בנות ובני משפחותיהם

## 1. מבוא

- 1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.
- 1.3 אלא אם כן הם מוגדרים במפורש בהסכם הביטוח, הגדרת המונחים המופיעים בהסכם הביטוח תהיה זהה להגדרתם בנספחים המצורפים אליו.
- 1.4 בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות הסכם הביטוח לבין נספחיו, ו/או בין הוראות נספחי ההסכם (בינם לבין עצמם), אשר מבוטח סביר עשוי להבין כי הפרשנות המיטיבה עמו היא הפרשנות החלה על מצב העניינים הרלבנטי, אזי יחולו אותן הוראות, וייחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מירב החבביות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הסכם הביטוח על נספחיו יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים על פי כל דין ולא כבאות לגרוע מהן.
- 1.5 כל האמור בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים ולהפך, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה ולהפך.

## 2. הצהרות והתחייבויות המבטח

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

## 3. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

- 3.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
  - 3.1.1 שהוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
  - 3.1.2 כי הינו מעביר לגבי עובדיו ובני משפחותיהם, אף אם העובדים אינם מבוטחים וכן בני משפחה של עובדים שנפטרו שהמבטח ממשך לבטחם; לעניין פסקה זו, "מעביד" - לרבות מבטח.
  - 3.1.3 כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח,

במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבטוח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגבי עובדים המבטוחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגבי מבטוחים בהוראת קבע אישית.

3.1.4. הצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבטוחת.

3.1.5. כי הוא יפעל בהגנות, בתום לב, במקצועיות ובשקידה ראויה במילוי התחייבויותיו על פי הסכם ביטוח זה והפוליסה.

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

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

## 4. מהות הביטוח

### 4.1. הכיסיים בהסכם הביטוח והפוליסה:

רובד בסיס:

**פרק א: השתלות בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל**

**פרק ב: תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות**

רובד הרחבה א':

**פרק ג: ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל**

**פרק ד: ניתוחים פרטיים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול משלים שב"ן**

**פרק ה: שירותים אמבולטוריים**

רובד הרחבה ב':

**פרק ו: ניתוחים פרטיים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול מורחב מהשקל הראשון**

**פרק ז: כיסיים אמבולטוריים מורחבים**

4.2. במקרה שיפורסם חוזר, תקנה, הנחיה ו/או כל הוראה אחרת של המפקח על הביטוח ("חוזר") לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה. אם ליישום החוזר תהיה השלכה כספית, יותנה יישומו החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסיים הכלולים בהסכם זה ו/או הפוליסה ולדרוש לעדכנם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור תהיה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם.

4.3. במידה והחליט בעל הפוליסה לשנות ו/או לעדכן את תנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, כאמור בסעיף 4.2 לעיל, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל. במידה ולא יגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח.

4.4. במקרה שיפורסם חוזר לאחר החתימה על הסכם זה הגורעת מתנאי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, והמחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם. במידה ולא יגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח.

## **5. תקופת הסכם הביטוח**

- 5.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה מתחילה ביום 01/07/2022 (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומה ביום 30/06/2027 (להלן: "**תקופת ההסכם**").
- 5.2. בעל הפוליסה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בכל עת בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח, ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.
- 5.3. לאחר תום תקופת ההסכם ובהסכמת הצדדים, יתחדש הסכם זה לתקופה נוספת של 5 שנים (להלן: "**תקופת ההסכם המוארכת**").
- 5.4. במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.
- 5.5. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיוויים אלה.
- 5.6. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

## **6. גביית דמי הביטוח**

- 6.1. מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 6.2. מבטח לא יצרף מבוטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבוטח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). 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.
- 6.3. האמור בסעיף 6.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 6.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 6.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיווי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").
- 6.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיווי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיווי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיוויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות.

- 6.4. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגבי אותו מבוטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 6.5. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבטל הביטוח לגבי המבוטח 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 והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

## **7. תשלום בעת תביעה**

- 7.1. בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לשפות ולשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות או אישור תשלום בגין הוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, מובהר כי לא נידרש פירוט הוצאות בחשבונית או באישור התשלום, ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם או כמפורט בהסכם ו/או לפצות את המבוטח על פי סכומי הפיצוי הנקובים בפוליסה ו/או לשלם בגין הטיפול ישירות לספק ההסכם שביצע את הטיפול הרפואי במבוטח ובהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו.
- 7.2. העתק קבלות מקוריות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, גיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 7.3. המבטח יודיע למבוטח בתוך 3 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהגושו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. במקרה חירום על פי הצורך הרפואי, מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות (או נאמן למקור) או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור בסעיף 7.2 לעיל.

## **8. מתן הודעות למבוטח**

- 8.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ("מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; אם נדרשה הסכמתו המפורשת של המבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח 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; ההודעה השנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון (להלן: "הודעה שנייה").

8.2. 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

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

8.4. 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;

8.5. "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

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

8.7. 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 כאמור.

## **9. פירוים בתשלום**

9.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, המבטח ייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 90 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה ויודיע על כך מיידית לבעל הפוליסה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק.

9.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 9.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

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

## **10. יועץ ביטוחי רפואי**

10.1. להבטחת ביצוע התחייבויות המבטח על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה יועץ ביטוחי רפואי (להלן: "היועץ") לגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי.

- 10.2. היועץ יופקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של המבטח כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יסייע למבוטחים בהכונה לקבלת הטיפול הרפואי, סיוע בבחירת רופא מטפל בארץ או בחו"ל, סיוע בבחירת בית חולים מתאים, ו/או במימוש זכויות רפואיות עקב מקרה הביטוח או עקב מצבו הרפואי של המבוטח, מול הביטוח לאומי, מס הכנסה או רשויות אחרות ככל שיהיה.
- 10.3. המבטח יעמיד לרשות היועץ כל מסמך הקשור לביצוע התחייבויות המבטח, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, דוחות כספיים, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה מסמכים שעניינם אישור או דחיית תביעות. העתקי הדוחות יועברו, בכפוף להוראות כל דין, בכפוף להוראות בדבר שמירת סודיות רפואית, גם לבעל הפוליסה.
- 10.4. במקרים של מחלוקת לעניין אישור תביעה בין המבוטח למבטח, מוסכם בין הצדדים כי היועץ יהיה רשאי לשמש כבורר מוסכם ויחיד בעניינים רפואיים-מקצועיים עד 10,000 ₪ והחלטתו תהווה החלטה מוסכמת וסופית בין הצדדים. על אף האמור לעיל, המבוטח יהיה רשאי שלא לקבל את המלצת היועץ ולהעביר המחלוקת לערכאות משפטיות.
- 10.5. המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ גם כל מידע כספי, אקטוארי או אחר, לרבות ולא רק: נתוני התביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו ותביעות תלויות לפי פרקי הפוליסה השונים, נתוני, פירוט ומספר התביעות שנדחו והסיבות לדחייתן, משך הטיפול בכל תביעה וכל מידע אחר הנחוץ לצורך הערכה ומידע לגבי התוכנית ואופן ניהולה וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה או היועץ בהקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבוטחים.
- 10.6. המידע כאמור לעיל יוגש ליועץ ו/או לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ הרפואי תוך 2 ימי עבודה ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבוטחים על ויתור סודיות רפואית.
- 10.7. המבטח ידווח ליועץ על כל חריגה, אי בהירות בתביעות, וכן לגבי כל בעיה בכל סוג שהוא המתעוררת בהקשר לניהול מערך התביעות, התפעול והשירות של המבטח בכל הנוגע להסכם הביטוח והפוליסה. ו/או על כל תביעה שנדחתה.

## **11. אחריות המבטח**

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל או בחו"ל, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח. המבטח ישפה את בעל הפוליסה ו/או היועץ בגין כל תשלום ו/או הוצאה בקשר עם כל תביעה או דרישה שתופנה, אם תופנה, על ידי צד ג' כל שהוא, הנובעת מהשירותים ו/או הכיסויים המפורטים בפוליסה. יובהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שניתנו למבוטחים.

## **12. וועדת ערר**

- 12.1. מבטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחדש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות בעל הפוליסה / היועץ.
- 12.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.
- 12.3. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.
- 12.4. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.

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

## **13. ברות ביטוח**

13.1. מבטחים שיצאו לחו"ל לתקופה העולה על 90 יום, יהיו זכאים לבחור באחת משתי החלופות שלהלן:

13.1.1. **חלופה א':** לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל-50% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה אשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או בתקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא תוך 90 יום ממועד חזרתו ארצה, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו ארצה.

13.1.2. **חלופה ב':** להמשיך ולשלם באמצעי גבייה אישי את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואשר היו משולמים על ידו אם היה שווה בארץ. בזמן שהותו של המבוטח בחו"ל, יהא זכאי לכל השירותים הרפואיים המפורטים בהסכם הביטוח והפוליסה רק עם חזרתו ארצה או בעת שהותו בישראל.

## **14. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי**

בעת השרות הצבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל ו/או למנוע מהמבוטח בעת השרות הצבאי (החייל) קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשליך על מימוש הזכויות המגיעות למבוטח בהתאם לתנאי הפוליסה. המידע בדבר הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המבוטח נמצא בשרות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

## **15. אמנת שירות (SLA)**

15.1. המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור) ללא הפסקה.

15.2. מוקד השירות יופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:00 ע"י המבטח באמצעות נציגי שירות וביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד חיצוני. במידת הצורך יטופל המבוטח באופן מידי ע"י כונן מקצועי של המבטח, המקושר למחשב המבטח.

15.3. אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.

15.4. אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור להסכם הביטוח ו/או הפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור.

15.5. אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה והסכם הביטוח, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.

15.6. אנשי המוקד יתעדכנו באופן שוטף לגבי שינויים החלים בסל הבריאות, הנחיות משרד הבריאות, ביטוחים משלימים של קופות החולים וכמובן שינויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה – ולפי השינויים יעדכנו את נוהלי העבודה ואת הצוותים.

15.7. פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.

- 15.8. פנייה של מבטח תיענה בפרקי הזמן כדלקמן: 80% מהשיחות ייענו בתוך 60 שניות. במקרה של עומס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה, וזאת תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- 15.9. לבקשת המבטח יספק מוקד השירות תשובה בדוא"ל או ב-SMS. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לבירור מחלוקת ולכל צורך אחר.
- 15.10. תביעה אשר הוגשה למבטח על ידי מבטח תטופל תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. לא אושרה התביעה תוך פרק הזמן הנקוב, יהיה רשאי היועץ או בעל הפוליסה להפנות התביעה לאיש הקשר הבכיר כהגדרתו להלן.
- 15.11. המבטח יעדכן את המבטח באמצעות שליחת SMS / דוא"ל כאישור על קבלת מסמכי התביעה, עדכון על סטטוס התביעה, הודעה על דחייה/תשלום/הוצאת התחייבות.
- 15.12. אושרה התביעה, יעביר המבטח התחייבות לתשלום לספק השירות שבהסכם על פי מועד קבלת השירות המתוכנן למבטח. במקרה בו נדרש המבטח לשלם למבטח תשלום כספי, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח תוך 14 ימי עבודה.
- 15.13. המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי וניסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונוהלי המבטח ויהיה בקיא היטב בפרטי הסכם ביטוח ופוליסה אלה ("איש הקשר הבכיר"). איש הקשר הבכיר יתאם בין בעל הפוליסה או היועץ לבין המבטחים שתביעתם נדחתה או עוכבה או נמצאת במחלוקת. איש הקשר הבכיר יהיה זמין בכל שעות היממה וייתייחס לפניות המופנות אליו תוך יום עבודה לכל היותר. נעשתה פניה לאיש הקשר הבכיר ולא נענתה תוך יום עבודה יפנה בעל הפוליסה או היועץ לאיש הקשר הבכיר פעם נוספת. לא נענתה גם הפניה השנייה יהיה רשאי היועץ לאשר התביעה על פי שיקול דעתו המקצועי.
- 15.14. מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה מיום הגשתה, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבוננו. המבטח ישפה את המבטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.
- 15.15. במידה והמבטח דחה תביעה, עותק מכל הודעת דחיה יועבר גם ליועץ.

## **כללי 16.**

- 16.1. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי, תיקון ו/או וויתור, אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא אם כן נעשה במסמך אשר נחתם על-ידי שני הצדדים.
- 16.2. הסכם זה ממצה את מכלול היחסים בין הצדדים ולא תהא כל נפקות לכל משא ומתן, הבנה, הסכמה, התחייבות ומצג אשר היו, ככל שהיו, בין במפורש ובין במרומז, בין בכתב ובין בעל-פה, בין הצדדים עובר לחתימה על הסכם זה.
- 16.3. המבטח מתחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט מידע שהוא נחלת הכלל, או מידע המחויב בגילוי על פי חוק או לעניין יישומו של הסכם זה. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבטח מתחייבת לשמור על סודיות מוחלטת בכל הקשור לכל נתוני המבטחים המועברים אליה מכוח ובקשר להסכם זה ולא להעבירם לכל גורם אחר וכן לקיים לגביהם את כל הוראות הדין לרבות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, התקנות שחוקקו מכוחו והנחיות שפורסמו על ידי הרשות למשפט טכנולוגיה ומידע.

- 16.4. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
- 16.5. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן כפי שפורטו לעיל.
- 16.6. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.
- 16.7. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר.

#### הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.

- 1.1 **החברה" או "המבטח"** - איילון חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 **"הפוליסה"** - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3 **"תאריך תחילת הביטוח"** - 01/07/2022
- 1.4 **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.5 **"הסכם הביטוח"** - חוזה הביטוח מיום 01/07/2022 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6 **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.7 **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.8 **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9 **"בית חולים פרטי"** - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי ונהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן/או קרנות מחקר.
- 1.10 **"בית חולים שבהסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.8 ו-1.9 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.11 **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל בחו"ל.
- 1.12 **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.13 **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.14 **"רופא מומחה"** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.15 **"מנתח הסכם"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל.
- 1.16 **"מנתח אחר"** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.17 **"רופא מרדים"** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.18 **"רופא מרדים בהסכם"** - רופא מרדים כמוגדר בפרק זה, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.19 **"רופא מרדים אחר"** - רופא מרדים אחר כמוגדר בפרק זה, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.20 **"אשפוז"** - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח וכל הקשור בו לרבות הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.

**1.121. "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או מתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.**

**1.122. "אח/ות" - אח/ות בעל/ת תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.**

**1.123. "שתל" - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי, כגון: עדשה לרבות עדשה טלסקופית או מולטיפוקאלית, פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי, ישתתף המבוטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או העתק קבלה המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 1 להלן. ההגדרה של שתל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.****

**1.124. "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות – חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקות לעמוד השדרה הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, הזרקת פולימר ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, טיפול היפרטרמיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה הניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. **מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד. ההגדרה של ניתוח נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות". **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.******

**1.125. "תחליף ניתוח" - טיפול רפואי אשר בא להחליף הניתוח לו זקוק מבוטח ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: א. ביצוע הטיפול הרפואי על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח, צפוי להביא לתוצאות דומות לאילו אשר היו מושגות בניתוח שהומלץ למבוטח לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, ב. רופא מטעם המבוטח אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות בתחום בו נדרש הטיפול, ג. הרופא המבצע את הטיפול הוא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה בארץ או בחו"ל. **הגדרה זו לא תחול על פרק הניתוחים בישראל.****

- 1.26. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.27. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.28. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.29. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הלסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול;
- 1.30. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.31. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אשפוז לפחות מ 24 שעות.
- 1.32. **"יועץ מלווה"** - היועץ (הרפואי) המלווה אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה חברת פרש קונספט ו/או ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו.
- 1.33. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.34. **"המבוטחים"** - עובדים אצל בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים ולרבות ילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי העובד וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם.
- 1.35. **"שב"ן"** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.36. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.37. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.38. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט - 2009.
- 1.39. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
- 1.40. **"וועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן 1999).
- 1.41. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.
- 1.42. **"תקופת המתנה"** - תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו בתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה

בכיסוי הביטוחי, תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשת בנספח ו/או בפרק הרלוונטי.

**1.43. "בעל הפוליסה" –** מי שהמתקשר עם המבטח בחוזה הביטוח נשוא הפוליסה ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או חברות בנות (בבעלות חלקית או מלאה) אשר רשומות בישראל ו/או המעסיקות עובדים בישראל. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת ובלתי ניתנת לסתירה.

**1.44. "דמי הביטוח או הפרמיה" –** הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה על פי תנאי הפוליסה.

**1.45. "סכום ביטוח" –** הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה.

**1.46. "המדד" –** מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.

**1.47. "דף פרטי הביטוח" –** דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.

**1.48. "השתתפות עצמית" –** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.

**1.49. "סייג בשל מצב רפואי קודם" –** חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

**1.50. "צירוף אוטומטי" –** צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.

**1.51. "צירוף בהסכמה" –** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).

**1.52. "תאונה" –** חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרבות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

**1.53. "ספורט אתגרי" –** ענפי ספורט הנחשבים למסוכנים במיוחד והדרושים מהעוסקים בהם רמות גבוהות של קושי, מאמץ גופני ורגשי. ספורט אתגרי יכלול בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה. רשימת ענפי הספורט האתגרי תעודכן מעת לעת על פי הרשימה המופיעה באתר החברה [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

**1.54. מדד הבסיס של הפוליסה –** 12971 נקודות שפורסם ב-15.05.2022.

## **2. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים**

**2.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, על כל נספחיהם, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאחר מהסעיפים הבאים:**

(א) עובד/ת - היום בו החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ונרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או במועד בו מילא טופס הצטרפות במידה ונדרש.

(ב) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ג) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שבו נדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות הסכם זה.

(ד) בהצטרפות וולונטרית של בני משפחה - בראשון לחודש העוקב לאחר מילוי טופס הצטרפות (לרבות הצהרת בריאות).

## 2.2 תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :

(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתתף לקבוצת המבוטחים.

(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.

(ג) היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, מסיבה כלשהיא.

(ד) לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל הקובע (עד גיל 25), ישלח המבוטח הודעה לעובד לגביי הגעת הילד לגיל הקובע ועליית התעריף לפרמיה של "ילד בוגר". במידה ובחר העובד שלא להמשיך את הביטוח לילד הבוגר - יוכל הילד הבוגר להמשיך בביטוח פרט בהתאם לקבוע בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.

## 3. אופן הצטרפות

### 3.1 מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם, יצורפו לביטוח בהתאם לרובד

בו היו מבוטחים בביטוח הקודם, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם כהגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

**מבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח הקודם ברובד הבסיסי בלבד** והמבקשים להצטרף לרובד ההרחבה, יוכלו לעשות כן בכפוף למילוי טופס הצטרפות, לרבות הצהרת בריאות וחיתום.

### 3.2 מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים כאמור בסעיף 3.1 לעיל, יהיה המועד בו

הצטרפו לביטוח הקודם או מועד תחילת הביטוח הנוכחי אם לא היה למבוטחים באמצעות בעל הפוליסה ביטוח קודם. עובדים ו/או חברים ו/או בני משפחה שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות ליכסי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף 12 חודשים בלבד ממועד הצטרפותם להסכם הביטוח.

### 3.3 עובד חדש אצל בעל הפוליסה או עובד קיים שלא היה מבוטח בביטוח הקודם

**או עובד שחזר מחל"ת** ובתנאי שבמועד תחילת ההסכם היה בחל"ת, יהא זכאי להצטרף לרובד הבסיסי בלבד [ויוכל לצרף את בני משפחתו לרובד זה], ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממש את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבוטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת. מועד הצטרפותו לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרף להסכם הביטוח בפועל. הצטרפות העובד ובני משפחתו לרבדים המורחבים, תיעשה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, לרבות הצהרת בריאות וחיתום.

### 3.4 עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה

לרובד הבסיסי, בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח למצטרפים על פי סעיף זה יהיה המועד בו הצטרפו להסכם ביטוח זה בפועל. צירוף בן/בת הזוג לרבדים המורחבים, תיעשה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, לרבות הצהרת בריאות וחיתום.

### 3.5 תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח יצורף לרובד הבסיסי ללא צורך

במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). צירוף תינוק לרבדים המורחבים, תיעשה בכפוף למילוי טופס הצטרפות, לרבות הצהרת בריאות וחיתום.

- 3.6. **עובדים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל**, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים/חברים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום.
- 3.7. למען הסר ספק, מובהר כי תהליך החיתום, במסגרתו המבטח יאשר/ידחה את קבלתו של עובד ו/או בן משפחתו לביטוח עפ"י הסכם זה, יתבצע תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.
- 3.8. מבטוחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. יובהר כי בני משפחה של עובד לא יהיו רשאים להצטרף לביטוח אם העובד לא מבטוח. עוד יובהר, כי בני המשפחה יבוטחו באותו רובד בו מבטוח העובד. במידה והעובד נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבטוחים להיות מבטוחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות כרטיס אשראי / הוראת קבע אישית למבטח.
- 3.9. יובהר כי גריעת מבטוח מרשימת המבטוחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטוח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את העובדה שגריעתו של המבטוח מהרשימה נגרמה בתום לב.
- 3.10. נשאל המבטוח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטוח בהצגה זו את אשר נשאל. נשאל המבטוח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.11. הודיע המבטוח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטוח. סעיף זה יחול על מבטוחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.12. על אף האמור לעיל, עובדים ובני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, ואישור תשלום הפרמיה לשלושה חודשים אחרונים), יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום משלים תקופת אכשרה. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפות לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על הכיסויים החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חריגות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי.
- 3.13. **מבטוח שהוא עמית בתכנית שב"ן** יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית ה"שב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבטוח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבטוח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ד' לפוליסה, את הכיסוי עפ"י פרק ו' וישלם את דמי הביטוח הנקובים להלן.
- 3.14. מוסכם בין הצדדים כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. למען הסר ספק, שולמו למבטח דמי ביטוח בטרם ניתנה החלטת המבטח כאמור, לא יהווה האמור ראייה להסכמה לקבלה לביטוח. קרה מקרה הביטוח בטרם נתן המבטוח את החלטתו בדבר הקבלה לביטוח, באם לפי הוראות החיתום הקיימות אצל המבטח לגבי מבטוחים בעלי מאפיינים דומים, המבטח היה מודיע למבטוח על קבלתו לביטוח אלמלא קרה מקרה הביטוח, ישלם המבטח למבטוח את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הקבוע בתכנית הביטוח.

3.15. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

### 3.16. צירוף מבטוח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו - 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 - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה: (א) ניתוחים; (ב) תרופות; (ג) השתלות; (ד) מחלות קשות; (ה) שיניים; (ו) תאונות אישיות.

### 3.17. חובת הגילוי

3.15.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.15.2 (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ולא למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.15.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

#### **4. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)**

4.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מסיבה כלשהיא או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה או גירושין, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים המקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין כיסויים חופפים) ובהנחה מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח ולתקופת הנחה של 25% למשך 5 שנים ו-10% לאחר מכן לכל החיים.

4.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לענין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם המוקדם מביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

4.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב, 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

4.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

4.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

4.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ולא הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

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

4.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## 5. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח

5.1 דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם<sup>(1)</sup> הינם כמפורט להלן:

### רובד בסיסי פרקים א'-ב'

גיל	רובד בסיס
עובד / בן/בת זוג	24.40 ₪
בוגר מגיל 26 ומעלה	24.40 ₪
ילד* / נכד של עובד (עד גיל 25)	13.80 ₪

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

(1) אופן התשלום: בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין הרובד הבסיסי, עבור העובדים הזכאיים (בהתאם למדיניות החברה), אך לא פחות מ-300 עובדים, ללא תשלום שווי המס. שווי המס וכן דמי הביטוח בגין עובדים שאינם זכאים ודמי הביטוח בגין צירוף בני משפחה, ינוכו משכר העובד, למעט בגין מבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי בעל הפוליסה באמצעות אמצעי גביה אישי.

### רובד מורחב א' פרקים ג'-ה' + רובד מורחב ב' פרקים ו'-ז'

גיל	רובד מורחב א	רובד מורחב א
בוגר גיל 26 - 50	79.50 ₪	39.20 ₪
בוגר 51 ואילך	167.40 ₪	48.70 ₪
ילד* עד גיל 25	26.50 ₪	15.90 ₪

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

(1) הצטרפות לרובד מורחב א' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיסי. הצטרפות לרובד מורחב ב' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיסי ולרובד מורחב א'.

(2) מובהר כי בני המשפחה יצורפו לאותם הרבדים בהם מבוטח העובד.

(3) אופן התשלום: דמי הביטוח בגין הרבדים המורחבים, ינוכו משכר העובד, למעט בגין מבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי בעל הפוליסה באמצעות אמצעי גביה אישי.

5.2 גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות) (להלן: "הגיל הקובע"). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו 10 חודשים יחשב כגיל 30.

5.3 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני משפחותיהם ולמעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעות אמצעי גביה אישי.

5.4 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), יועברו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

5.5 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

**קביעת דמי ביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:**

מבטח 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 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לענין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

- 5.6.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 5.6.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 5.6.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 5.6.4 במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 5.6.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

**5.7 התאמת דמי הביטוח**

- 5.7.1 בתום שלושים (30) חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, תיערך בדיקה של נתוני תיק הביטוח לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ("תקופת הבדיקה"). במידה ותידרש העלאת/הפחתת פרמיה, היא תחול החל מהחודש ה-31.
- 5.7.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח לעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד ולא יותר מהתקרה המצוינת בפוליסה. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשנות, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה. במידה וימצא רווח, יתווספו כיסויים נוספים לפוליסה כפי שיוחלט בין הצדדים או תופחת פרמיה בהסכמת הצדדים.

**6. תגמולי ביטוח**

- 6.1 המבטח יאה רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק קבלות מקוריות.
- 6.2 העתק קבלות מקוריות - במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 6.3 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 6.4 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד

- מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 6.5 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומאצו למבטח. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות.
- 6.6 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 6.7 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 6.8 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 6.9 המבטח יודיע למבוטח בתוך 3 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחייה) של התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. במקרה חירום על פי הצורך הרפואי, מובהר ומוסכם כי במידה והמבטח לא ימסור את החלטתו לגבי אישור תביעה או דחייתה בכתב תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבונו. המבטח יספה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות (או נאמן למקור) או העתק קבלות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 ימי עבודה, בכפוף לאמור לעיל.

## 7. תחלוף (סברוגציה)

- 7.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הטר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 7.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 8.3 המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

## 8. ביטוח כפל

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

## 9. תביעות

- 9.1 על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח ולפנות אליו בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הטיפול הרפואי. לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יחא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.
- 9.2 המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 9.3 המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.
- 9.4 מובהר בזאת כי המבוטח רשאי להעביר את הקבלות/המסמכים באופן דיגיטלי, ולכל הפחות באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון האישי המקוון.
- 9.5 אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח, על חשבון המבטח, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק עד 20 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח. יובהר, כי אין בכך כדי לגרוע מזכויות המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו על פי הפוליסה.
- 9.6 בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות.
- 9.7 בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אז:
- 9.7.1 ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 9.7.2 יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 9.7.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 9.7.4 תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

10.1.

(א) 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;

(ב) על אף האמור בתקנה משנה (א) 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-

(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

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

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

10.3. 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.

10.4. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), 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, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

10.5. 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.

10.6. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות המשכיות 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.

10.7. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) 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.

10.8. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבוטח 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.

## 11. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

א. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

ב. חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו 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 בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

ג. על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, 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, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

## 12. חריגים כלליים

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

12.1.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ותקופת אכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.

12.1.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבוטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.

12.1.3 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.

12.1.4 שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).

12.1.5 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.

12.1.6 מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

- 12.1.7 טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה. (למעט הכיסיים הנקובים בפרק האמבולטורי).
- 12.1.8 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילדה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.
- 12.1.9 טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינגי.
- 12.1.10 סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל 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 יחא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
- ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.
- "המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.
- הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות לעיל, ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

- 13.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- 13.1.1 **"המדד"** - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
- 13.1.2 **"המדד היסודי"** - המדד שפורסם ביום 15.5.2022 והינו 12971.
- 13.1.3 **"המדד הקובע"** - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 13.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 13.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

**פרק א - השתלות וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל**

<b>1.</b>	<b>הגדרות</b>
1.1	<b>המרכז הלאומי להשתלות</b> - יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל.
1.2	<b>טיפול מיוחד בחו"ל</b> - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן.
1.2.1	הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל .
1.2.2	סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
1.2.3	הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.
1.2.4	זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.
1.2.5	ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
1.2.6	הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 75%.
1.2.7	הטיפול המיוחד נועד לצורך הצלת חיים.
1.3	<b>השתלה</b> - השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב, (תאי גזע) מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב, (תאי גזע) עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתת כירורגית או הוצאת 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 של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח או איבר שגודל ו/או פותח בטכנולוגיה מתקדמת. השתלת מח עצם תכלול גם השתלה מדם פריפרי. 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. <b>מובהר כי השתלת קוצב לב ו/או השתלת שתל כהגדרתו בפוליסה לא תחשב השתלה לעניין זה.</b>
	ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:
1.3.1	ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.
1.3.2	ההשתלה תיעשה עפ"י אמות מידה אתיות מקובלות.
	<b>ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".</b>
<b>2.</b>	<b>מקרה ביטוח</b>
2.1	צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו, בארץ או בחו"ל.
2.2	צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י הפוליסה להלן, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

**3.1 לעניין ההשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.**  
 במקרה וההשתלה תבוצע במבטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית של 5,297,313 ₪. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח – 2008.

**3.2 לטיפול/ ניתוח מיוחד בחו"ל - שיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים,**  
 אשר מבוצעים בבית חולים שבהסכם - שיפוי מלא ואם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, לא יעלה על סכום הביטוח המרבי של 1,059,463 ₪.

**3.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 3.1 ו- 3.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן, כגון:**

3.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, במהלך תקופת ההמתנה להשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, בי אם באשפוז ובין אם לא באשפוז לרבות טיפולי דיאליזה.

3.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות הוצאות חדר ניתוח. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרשי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;

3.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;

3.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

3.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.

3.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.

3.3.8 תשלום עבור הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לשם ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל.

3.3.9 הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל.

**3.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי ו/או התשלום להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 3.3:**

3.4.1 **הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל** בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם, לרבות הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם ו/או תאי גזע מדם טבורי או מדם היקפי - עד תקרה של 211,893 ₪.

3.4.2 **תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל,** שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד תקרה של 211,893 ₪.

3.4.3 **כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי -** עד תקרה של 1,059,463 ₪.

- 3.4.4 **הוצאות נסיעה לחו"ל** לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול מיוחד בחו"ל, כולל לצורך ביצוע בדיקת הערכה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד תקרה של 26,486 ₪; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 3.4.5 **הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל** וחזרה לישראל, כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד תקרה של 105,946 ₪;
- 3.4.6 **הוצאות לשהייה בחו"ל** לצורך השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד, ובמקרה של מבוטח קטין - לשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד תקרה של 1,059 ₪ למלווה יחיד או עד תקרה של 1,598 ₪ לזוג מלווים. ועד תקרה כוללת של 211,892 ₪.
- 3.4.7 **הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל** לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל או לייעוץ, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 3.4.8 **הוצאות לטיפול המשך שנעשים בארץ או בחו"ל** במבוטח שעבר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה עפ"י פוליסה זו, לרבות טיפול תרופתי וטיפול שיקומי - עד תקרת של 158,919 ₪.
- 3.4.9 **תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל**, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.4.10 **תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית** לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד תקרה של 158,919 ₪.
- 3.4.11 **תשלום בגין מעקב בחו"ל** אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, כולל הוצאות טיסה ושהייה, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול, עד תקרה של 31,784 ₪.
- 3.5 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 3.4.1-3.4.10 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 3.4.4, 3.4.5, 3.4.7 - הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה. ובהר, שבמידה ויצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, המבטח יישא בהוצאות כמפורט בסעיפים 3.3-3.4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד לתקרות הכיסוי המופיעות בפרק זה בניכוי סכומים שכבר שולמו.
- 3.6 **תשלום פיצוי לפני ביצוע השתלה:**
- 3.6.1 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה וטרם ביצע את ההשתלה, ולא דרש ולא קיבל את השתתפות המבטחת על פי פרק זה בעת היותו מבוטח בהסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 370,812 ₪ למעט במקרה של השתלת קרנית ו/או מח עצם עצמי. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה, יציג אישור רפואי משני רופאים ישראלים, מומחים בתחום הולוונטי, המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי. המבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור

בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה או קבלת פיצוי על פי פרק זה.

### 3.7. תשלום פיצוי לאחר ביצוע השתלה

3.7.1. מבוטח שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית והשתלת מח עצם עצמית), יקבל פיצוי חד פעמי בסך 370,812 ₪ עבור השתלה בחו"ל, וסך של 105,946 ₪ עבור השתלה בארץ ובלבד שההשתלה בוצעה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח – 2008 ולא תבע את חברת הביטוח בגין ההשתלה על פי פרק זה, והציג מסמכים רפואיים המעידים כי אכן עבר השתלה.

למען הסר ספק, המבוטח רשאי לקבל פיצוי ע"פ סעיף 3.6 או 3.7 ובכל מקרה לא בגין שניהם. כמו כן, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף 3.6 או 3.7, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 3.1, 3.3 ו-3.4 לעיל אך כן יהיה זכאי לגמלת החלמה כאמור בסעיף 3.8 להלן.

### 3.8. גמלת החלמה לאחר השתלה:

3.8.1. עבר המבוטח השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל המכוסה על פי פרק זה, בחו"ל או בארץ, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, פיצוי חודשי בגין שירותי סיוע בתפקוד הנדרשים לאחר השתלה בסך 7,946 ₪ לחודש ועד 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל למעט קרנית ומח עצם עצמית שהתקרה תהיה 4,238 ₪ לתקופה של 3 חודשים.

3.8.2. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים שלעיל, תשולם היתרה למוטביו. **מובהר כי תשלום הגמלה כאמור לעיל לא מהווה השתתפות של המבטח במימון ההשתלה.**

### 3.9. טיפול ניסיוני בחו"ל:

3.9.1. נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, ישתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן בחו"ל כדלקמן:

3.9.2. עלות הבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי הגורם המממן עד תקרה של 52,973 ₪.

3.9.3. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד תקרה של 42,378 ₪ למבוטח ומלווה אחד, ועד 63,568 ₪ למבוטח קטין ושני מלווים; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.

3.9.4. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי נדרש והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה וזאת עד תקרה של 105,946 ₪.

3.9.5. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד תקרה של 1,059 ₪ ליום למלווה, ועד תקרה של 1,589 ₪ לשני מלווים.

## 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
- ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 1.2 רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או בוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3 טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4 סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5 מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6 בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.7 מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8 השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9 רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10 מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12-1-2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 1.11 תרופה המוגדרת כ-off label** - תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.
- 1.12 פרסום רשמי - אחד מהבאים:**
1. פרסומי ה-FDA
  2. American Hospital Formulary Service Drug Information
  3. US Pharmacopoeia-Drug Information
  4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

- a. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
  - ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
  - ג. יעילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- a. NCCN
  - ב. ASCO
  - ג. NICE
  - ד. ESMO Minimal Recommendation

## 2. מקרה הביטוח

- 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל ההתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.
- ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 1- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 2.2 מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד סכום ביטוח מרבי של 1,059,463 ₪ עבור תרופה לסרטן. ועד סכום ביטוח מרבי של 529,731 ₪ עבור תרופה שאינה לסרטן.
- 2.3 מובהר כי תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו.

## 3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח

- 3.1 המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 10.2 לתנאים הכלליים ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, עד תקרת סכום הביטוח המרבי, בניכוי השתתפות עצמית, בסך 159 ₪ למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.
- 3.1.1 במקרה בו נדרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על 318 ₪
- 3.1.2 על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה שעלותה מעל 5,297 ₪ לחודש.
- 3.2 במקרה וקיבל המבוטח את התרופה המכוסה על פי פרק זה מהשב"ן ושילם במסגרתה השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.
- 3.3 המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח בגין בדיקות מעבדה, לרבות

- בדיקות גנטיות ו/או גנומיות ו/או מולקולריות הנעשות בכל שיטה מעבדתית שהיא, בין אם קיימת ובין אם תהיה ידועה בעתיד, על רקמה ביולוגית ו/או נוזל (כדוגמת דם/פלסמה/CSF וכדומה) שמטרתן סיוע בקבלת החלטה על טיפול למחלה לרבות לגבי סוג התרופה ו/או כדאיות הטיפול בתרופה ו/או המינון המומלץ (להלן: "הבדיקה") ובלבד שהבדיקה כאמור בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. המבטח יישא כאמור בתשלום מלאו עלות הבדיקות הגנומיות ועד לסך של 30,000 ₪ בגין כל מקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 15% מסכום הבדיקות. **יודגש, שכלל שדו"ח הבדיקה ימליץ על תרופה, אחת או יותר, לטיפול במחלתו של המבוטח, תחשב ההמלצה כאמור כאישור של רשות מוסמכת בישראל והתרופה תכוסה בהתאם לתנאי פרק זה, בין אם היא רשומה להתוויה ובין אם לאו, והכל בהתאם למרשם הרופא.**
- 3.4 **קנאביס רפואי:** המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי בסך של 1,000 ₪ לחודש ועד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק.
- 3.5 **המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.**
- 3.6 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.
- 3.7 סכום הביטוח המרבי למבוטח שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד סכום ביטוח מרבי של 3,178,388 ₪, מתמלא כל 30 חודשים.
- 3.8 המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה עד סכום ביטוח מרבי של 219 ₪ ליום ועד 60 יום.

## 4. **חריגים**

- בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יאה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:**
- 4.1 **תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר מכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.**
- 4.2 **תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.**
- 4.3 **תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות.**
- 4.4 **תרופה לטיפול בבעיות שיניים.**
- 4.5 **טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון**
- 4.6 **טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או טיפול תרופתי מניעתי לצהבת מסוג Hepatitis C ו/או לצהבת מסוג Hepatitis B.**
- 4.7 **טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.**

## 5. **הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:**

המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל-183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

## 6. ההגדרות וההוראות

נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

## 7. תקופת אכשרה

90 יום.

1. הכיסוי הביטוחי

- 1.1 **מקרה הביטוח:** ביצוע ניתוח ו/או תחליף ניתוח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח. תואם הניתוח מראש על ידי המבטח לרבות ההתקשרות עם נותני השירות ותיאום הניתוח נעשה ישירות על ידי המבטח, יכוסה הניתוח במלואו. בהיוודע למבטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבית חולים בחו"ל, יידע את המבטח באופן מיידי וימסור למבטח את שם בית החולים בו הוא מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את פרטי הרופא והפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ובוצע הניתוח ללא תאום מוקדם של המבטח סכום השיפוי המרבי יהיה 264,865 ₪ או 200% מעלות הניתוח בארץ, הגבוה מביניהם.
- 1.2 **הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח ו/או תחליף הניתוח:** בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח או בתחליף הניתוח שעבר כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, שתל, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, יעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח או תחליף הניתוח וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז
- 1.3 **הוצאות נלוות:** בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבטח בגין ביצוע ניתוח ו/או תחליף הניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:
- 1.4.1 **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:** במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח/מחליף הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית של 90,054 ₪ להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי מותאם מבחינה רפואית למצבו של המבטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.
- 1.4.2 **כיסוי להוצאות טיסה, העברה יבשתית ושהייה בחו"ל:** במקרה של ניתוח/מחליף ניתוח בחו"ל אשר היה כרוך באשפוז התקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של המבטח ומלווה אחד (במקרה של מבטח קטין - שני מלווים), לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי עבור הוצאות טיסה עד 26,486 ₪ למבטח ומלווה יחיד, ועד 42,378 ₪ למבטח ושני מלווים. עבור הוצאות שהייה עד 742 ₪ ליום ולא יותר מ-21 ימים.
- 1.4.3 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:** המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח/מחליף ניתוח, אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל.
- 1.4.4 **כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:** מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל עד סכום ביטוח מרבי של 105,946 ₪.
- 1.4.5 **כיסוי להוצאות שהייה לאחר הניתוח:** בכפוף להנחיית הרופא המנתח, מבטח לאחר הניתוח או הטיפול המחליף ניתוח שעבר בחו"ל, אשר

נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות שההייה שלו ושל של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין- שני מלווים) לתקופה של עד 5 ימים לאחר השחרור מבית החולים. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, עד תקרה של 742 ₪ לכל יום שהייה ולא יותר מ-5 ימים.

#### **1.4 חריגים מיוחדים לפרק זה:**

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

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

#### **3. תקופת אכשרה**

90 יום.

## פרק ד - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)

### פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ו)

#### 1. הגדרות

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 **"בית חולים פרטי"** - אחד מאלה:
    - (1) **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית** ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
    - (2) **בית חולים ציבורי כללי** כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
  - 1.2 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטאלי;
  - 1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית - חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
  - 1.4 **"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.
  - 1.5 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
  - 1.6 **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994.
  - 1.7 **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם[1], הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
  - 1.8 **"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.
  - 1.9 **"תוכנית ביטוח כיסוי מלא מ"השקל הראשון"** - כיסוי לניתוחים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל אשר תגמולי הביטוח בגינם משולמים ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בשב"ן.
  - 1.10 **"תוכנית השב"ן"** - תכנית השב"ן של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח.
  - 1.11 **"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.
  - 1.12 **"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. מקרה הביטוח

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

## 3. הכיסוי הביטוחי

- בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 **שלוש (3) התייעצויות** בכל שנת ביטוח, עד תקרה של 1,589 ₪; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכסיה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;
  - 3.2 **שכר מנתח** בהסכם – שיפוי מלא;
  - 3.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית**; כיסוי זה יכול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
  - 3.4 **טיפול מחליף ניתוח**; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו: [WWW.AYALON-INS.CO.IL](http://WWW.AYALON-INS.CO.IL) יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

## 4. תגמולי הביטוח

- המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המפורטות לעיל שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:
- 4.1 מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה ביטוח במסגרת השב"ן שבו הוא חבר.
  - 4.2 הסכום המקסימלי שהחברה תחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על הפרש שבין העלויות של המרכיבים המופיעים בסעיף 3 לעיל וההוצאות שהמבוטח קיבל בגינת החזרים מהשב"ן.
  - 4.3 במקרים בהם אין השב"ן מכסה את מקרה הביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 5 להלן, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה.
  - 4.4 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 3 בהתאם לקבוע בפרק ו', סעיף 3. הוראות סעיף 5 לא יחולו במקרה זה.
  - 4.5 הוכרה זכאותו של מבוטח לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע לתקופה העולה על 30 יום מהמועד בו אושרה הזכאות בגלל העדר זמינות של הרופא המנתח, יהיה זכאי המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שבהסדר עם המבטח וישופה באופן מלא בגין מלוא הוצאותיו כמפורט בפרק ו', סעיף 3. בחר המבוטח לעבור את הניתוח באמצעות רופא שאינו בהסדר עם המבטח, ישופה עד גובה עלות הניתוח למבטח באמצעות רופא הסדר.
  - 4.6 יבקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (רופא הסכם), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח.

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי המורחב לניתוחים הנהוג בחברה במועד תחילת ביטוח זה. עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

**6. חריגים מיוחדים לפרק זה**

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 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 הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
  - 6.4.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
  - 6.4.2 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;
- 6.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.6 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, בלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קובנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

**7. תקופת אכשרה:**

90 יום, אולם בנוגע להרינון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

## פרק ה - שירותים אמבולטוריים

### 1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא

1.1 "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה: אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I). בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless Endoscopy (P.E.T), תהודה מגנטית פונקציונלית (F.M.RI), מיפוי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה או לקביעת דרכי טיפול.

### 2. מקרה הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט בפוליסה. בגין ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה.

### 3. התחייבות המבטח

3.1 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** המבטח ישפה את המבוטח בגין 3 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה לרבות גנטיקאי ופרמקולוג בשנת ביטוח, ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור ההתייעצויות/יות עד תקרה של 1,059 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות ההתייעצות הכוללת של ההתייעצות. ידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות ההתייעצות יקוזז הסכום עליו ויותר המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. **מובהר כי התייעצות כאמור תכלול גם התייעצות עם רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון אבל לא במעקב שגרה והתייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד אבל לא במעקב של שגרה. להסרת ספק, הכיסוי על פי סעיף זה הינו בגין עד שתי התייעצויות ואבחונים כאמור לעיל בסה"כ בשנת ביטוח.**

3.2 **כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לקביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי של 4,767 ₪ לשנת ביטוח, לפי הנמוך מביניהם, **ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.** במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה עד תקרה של 7,767 ₪ לשנת ביטוח.

3.3 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בעבור עלות ביצוע בדיקות רפואיות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל ולא יותר מסך של 7,416 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% **ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.**

### 4. שיפוי שב"ן

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים בסעיפים לעיל.

### 5. תקופת אכשרה: 90 יום.

**1. הגדרות לפרק זה:**

- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:
- 1.1 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
  - 1.2 **"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;
  - 1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
  - 1.4 **"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.
  - 1.5 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
  - 1.6 **"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.
  - 1.7 **"בית חולים פרטי"** - אחד מאלה:
    - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
  - 1.8 **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
  - 1.9 **"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.
  - 1.10 **"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.

**2. מקרה הביטוח**

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

- בקורות מקרה הביטוח זכאי המבוטח לכיסוי מלאו העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1 **3 התייעצויות בכל שנת ביטוח** - לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו; עד תקרה של 1,589 ₪.
- 3.2 **שכר מנתח** בהסכם - שיפוי מלא.
- 3.3 **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית** - ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;
- 3.4 **טיפול מחליף ניתוח** - כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- יובהר כי אתר האינטרנט של המבטח, שכתובתו: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) יעודכן מעת לעת והמבטח רשאי להוסיף סוגי הליכים רפואיים נוספים בכל עת.

4. חריגים לכיסוי

- סעיף החריגים בתנאים הכללים אינו חל על פרק זה. המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 4.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2 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 הליסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הליסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.13.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.13.2 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;
- 4.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.6 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;
- 4.7 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;
- 4.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

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

5. תקופת אכשרה

90 יום, אולם בנוגע להריון או לידה תהא תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

## פרק ז - שירותים אמבולטוריים מורחבים

### 1. הגדרות מיוחדות

- 1.1 "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה מאושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 1.2 "בדיקות ושירותים להריון" -
- 1.2.1 בדיקת חלבון עוברי.
  - 1.2.2 בדיקת שקיפות עורפית.
  - 1.2.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
  - 1.2.4 סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
  - 1.2.5 בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסי שליה לרבות צ'יפ גנטי.
  - 1.2.6 מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
  - 1.2.7 בדיקת אקו לב של העובר.
  - 1.2.8 בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר כגון: VERIFI ואחרים.
  - 1.2.9 שימור דם טבורי
- 1.3 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני הריון": סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 1.5 "מוסד החלמה" - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי.
- 1.6 "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

### 2. מקרה הביטוח

ביצוע או קבלת אחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו למבוטח שלא בעת אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן.

### 3. שירותי הייעוץ הרפואי ובדיקות אמבולטוריות והתחייבות המבטח

- 3.1 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגית, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נידרש. אך לא יותר מהוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי בסך 4,767 ₪ למקרה ביטוח, לפי הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.
- 3.2 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לרופא רדיולוג מומחה עבור חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה, עד תקרה של 3,178 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

- 3.3 **טיפול פיזיותרפיה והידרותרפיה אמבולטוריים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי ו/או ההידרותרפי עד תקרה של 159 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% **ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורטופד מומחה.**
- 3.4 **טיפול שיקום אחרי ניתוח ו/או תאונה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין טיפולי שיקום לאחר תאונה ו/או ניתוח ועל פי הוראת רופא, כמפורט להלן: טיפול שיקומי, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק. עד תקרה של 265 ₪ לטיפול ולא יותר מ-22 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

### **בדיקות ושירותים אונקולוגיים:**

- 3.5 **טיפולים אונקולוגיים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות novacure, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריו וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי של 105,946 ₪ למקרה ביטוח, עבור טיפול בהימופילטרציה או פרפוזיה ישירה עד תקרה של 211,892 ₪ המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל **ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.**

### **שירותי רפואה גנטיים:**

- 3.6 **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** בדיקות מעבדה לרבות בדיקות גנטיות הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה. המבטח ישלם ישירות לספק השירות או למבוטח לא יותר מהסכום הכולל של 31,784 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% **ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושר תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.**

### **טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:**

- 3.7 **טיפול ע"י מקרופאגים:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה רפואית אחרת, ולא יותר מסך של 5,297 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.

### **שירותי רפואה קרדילוגיים:**

- 3.8 **מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, **בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה,** וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד 159 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
- 3.9 התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב: המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח, לאחר ובסמוך למועד השתלה או הניתוח,

בתנאי שמצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד 219 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.

## שירותים רפואה כלליים:

- 3.10. **שהייה במוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח גדול:** המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל, **ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים** וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, עד עד סך של 742 ₪ ליום ועד 14 יום.
- 3.11. **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ועד תקרה של 4,238 ₪, ולשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% **ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.**
- 3.12. **שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:** או טיפול ב- amblyopia המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד 219 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.13. **אחיות פרטיות:** המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחיות פרטיות, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ועד 795 ₪ לכל יום ועד 14 ימים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15%.
- 3.14. **חדר מלח:** המבטח ישתתף בהוצאות לקבלת טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור. **בכפוף להפניית רופא מומחה.** עד 12 טיפולים בשנה ועד סך של 127 ₪ לטיפול לשנת ביטוח.
- 3.15. **שיקום הליכה ויציבה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול לשיקום ההליכה באמצעות נעל מסוג 'צעד בינה' או טיפול בשיטת אפוס או אביזר דומה, לטיפול בהפרעה נירולוגית או אורתופדית כתוצאה מפגיעה מוחית הפוגמת ביכולת ההליכה או היציבה של המבוטח, או קרע מוכח ברצועות המפרק או קרע מוכח במיניסקוס, או בלט דיסק הלוחץ על השק הדורלי או שיקום לפני ואחרי ניתוח החלפת מפרק. עד 7,416 ₪ לתקופת בדיקה, מתחדש כל 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. **מובהר כי טיפול זה יכוסה בהפניה בכתב מאת רופא אורטופד מומחה או רופא מומחה לרפואה פיזיקלית ושיקום ובכפוף לאמור.**
- 3.16. **הזרקת חומרי סיכון למפרקים:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים לרבות עמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק עד תקרה של 3,178 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.17. **טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות המפרקים וברקמות הרכות:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות טיפול בגלי הלם לריסוק הסתיידויות במפרקים או ברקמות הרכות עד תקרה של 3,178 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.18. **בדיקות ראייה באשפוז:** המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקת ראייה שבוצעה במהלך אשפוז או בביתו של המבוטח לאחר תאוונה או מחלה שבגינה המבוטח מאושפז או מרותק לביתו. המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד 219 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

## התפתחות הילד

- 3.19 **טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות של ילדים** - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/למכון שבהסכם עבור טיפולים בהתפתחות הילד, לילד מבוטח, בגין בעיות התפתחות שאובחנו ע"י רופא נויורולוג מומחה או רופא מומחה להתפתחות הילד, לילדים מגיל 3-16 טיפול יעשה על ידי פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או רכיבה טיפולית ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד 159 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לתקופת בדיקה ומתחדש כל 30 חודשים. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3.20 **בעיות הרטבה לילדים** - מבוטח אשר גילו מעל 5 שנים, יהא זכאי להשתתפות בסדרת טיפולים למניעת הרטבה, שהתקיימה במהלך תקופת הביטוח, עד תקרה של 848 ₪ פעם אחת לכל תקופת ההסכם.
- 3.21 **אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או לקויות למידה** - מבוטח אשר גילו עד 16 שנים, יהא זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכודידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקת TOVA, עד 2,649 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, פעם אחת לכל תקופת ההסכם.

## רפואה מונעת:

- 3.22 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: ממוגרפיה, אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 371 ₪ לכל בדיקה ועד שלוש בדיקות לתקופת בדיקה, מתחדש כל 30 חודשים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

## הריון ולידה:

- 3.23 **בדיקות ושירותים להריון:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל ועד לסכום של 5,500 ₪ להריון, ובדיקות סיקור גנטי לפני הריון כמוגדר בסעיף 1.4 כולל יעוץ גנטי אצל רופא מומחה בהלך ההריון או לאחריו, עד לסכום של 1589 ₪ להריון.
- 3.24 **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה עד 4,240 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.25 **טיפול פריון לרבות הפריה חוץ גופית ובח"ל:** המבטח ישפה את המבוטחת ב 80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקווי פריון בישראל, וזאת עד תקרה של 21,189 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים. **הלסת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.** על אף האמור בחריגים לפרק התרופות, תרופות המהוות חלק מטיפול המכוסה במסגרת סעיף זה יכוסו כחלק מהטיפול.

3.26 מימון לבדיקות רפואיות הנדרשות לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל: המבטח ישפה את המבוטח ב 80% מהסכום ששילם בפועל בגין הבדיקות הרפואיות הנדרשות בעת קבלת שירותי פונדקאות ובתנאי שהפונדקאות נעשתה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד תקרה של 26,486 ₪ לטיפול. **יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.**

### טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:

3.27 **הדפסת איברים:** המבטח ישפה את המבוטח בגין פעולות להדמיית תלת מימד ו/או פעולות להדפסה תלת מימד של איברים/ים להמחשה, הנדרש/ים לצורך הכנת הניתוח ומתן מידע מפורט למנתח לפני ביצוע הניתוח או הטיפול הרפואי. ו/או הדפסת תלת מימד של איבר לצורך השתלתו בגוף המבוטח במהלך ניתוח, ו/או הדפסת תלת מימד של מכשור עזר רפואי הנדרש במהלך הניתוח לצורך השתלת האיבר המודפס. מבוטח ישופה כנגד חשבונית/קבלה בסך של 2000 ₪ עבור הדמיית תלת מימד, 10,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר לצורך המחשה, 35,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של איבר להשתלה ו-15,000 ₪ עבור הדפסת תלת מימד של כלי עזר לניתוח. והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 10%.

### 3.28 הזרקות:

- הזרקות לעמוד השדרה לטיפול בכאבי גב עם או בלי בלט דיסק, בין אם תחת שיקוף ובין אם לא, **בכפוף להמלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי.**
- הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי.
- הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מיגרנה.

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיימים) עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%. **מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.**

### רפואה משלימה:

3.29 המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן **ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא.** תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקריוז, ביו-פיזיק ונטרופתיה. מכסת הטיפולים השנתית בסעיף זה הינה עד 120 ₪ לטיפול עד 16 טיפולים ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 25%.

### 4. שיפוי שב"ן

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי במסגרת השב"ן, ונדרש לשלם השתתפות עצמית ישיב המבטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה.

### 5 תקופת אכשרה

**90 יום, למעט הכיסויים הכלולים בפרקים: התפתחות הילד והריון ולידה לגביהם תחול תקופת אכשרה של 180 יום.**

## מרכז שירות לקוחות: 1-800-35-2001

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957  
פניות בדוא"ל לשירות לקוחות: [mokedbriut@ayalon-ins.co.il](mailto:mokedbriut@ayalon-ins.co.il)

שירותים דיגיטליים לשירותך באתר איילון

[www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

לשירותך:



**BILIBOW**

שירותים פיננסיים וביטוח

**ביליבאו סוכנות לביטוח**

עידן ביליבאו: נייד 054-6776066 | [idan@bilibow.co.il](mailto:idan@bilibow.co.il)

שעות פעילות: 9:00 עד 17:00, בימים ראשון עד חמישי

טלפון קווי: 03-6276030 | פקס: 077-4702730

אתר: [www.bilibow.co.il](http://www.bilibow.co.il)

פרשקונספט  
מומחים לביטוחים קבוצתיים  
הקונספט ד"ר פרישקון



צוות היועצים של חברת פרש-קונספט, יעמוד לרשותכם בכל שאלה

טלפון: 073-2291301 | פקס: 073-2391603

דוא"ל: [freshconcept@udif.co.il](mailto:freshconcept@udif.co.il)

