



ביטוח בריאות קבוצתי
לחברי ותושבי הקיבוץ הדתי
ובני משפחותיהם



מלמד יועצים
ביטוח בריאות קבוצתי





בס"ד, ד' חשון תשפ"ב (17 לנובמבר 2019)

חבר/ה יקר/ה,

אנו שמחים להציג בפניך את פוליסת ביטוח הבריאות של תנועת הקיבוץ הדתי עבור חברי הקיבוצים, תושבים ובני משפחותיהם המופעלת באמצעות "הפניקס" חברת לביטוח בע"מ. תכנית הביטוח מעניקה לחברים ובני משפחתם רשת ביטחון בשמירה על בריאותם.

הפוליסה החדשה מקנה לחברים ולבני משפחתם השייכים לפוליסת הביטוח הקולקטיבית, כיסוי ביטוחי רחב ומקיף למקרים רפואיים שונים כגון: ניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שמחוץ לסל הבריאות, כיסוי לאבחונים וטיפולים אמבולטוריים ועוד מגוון רחב של שירותים רפואיים המפורטים בחוברת זו.

בחוברת זו תמצאו גם מידע מפורט והסבר על תהליך הפניה לחברת הביטוח והגשת תביעה.

בכל ברור או שאלה הנוגעת לביטוח הבריאות ניתן לפנות לגורמים הבאים:

- אחראי ביטוח בריאות בקיבוץ (לפי פרטי ההתקשרות הפנימיים בקיבוץ).
- אחראי ביטוח הבריאות של התנועה במשרדי הקיבוץ הדתי – בכל שאלה לגבי צירוף בני משפחה, וכדו'. טלפון: 03-6072706 דוא"ל: Briut@kdati.org.il
- "מלמד יועצים", מומחים בתחום ביטוחי הבריאות הקבוצתיים – יועצים המלווים את התנועה וקיבוציה בכל שאלה מקצועית בנושא הפוליסה ו/או קשיים בהתנהלות מול חברת הביטוח (במידה וישנם). בטלפון" 09-7655326 או בכתובת הדוא"ל: info@mic.co.il

אנו סמוכים ובטוחים כי הכיסוי הביטוחי שהותאם לצרכי האוכלוסייה בקיבוצים ולהתפתחויות האחרונות בשוק ביטוחי הבריאות, ייתן מענה נרחב לצרכים רפואיים יקרים וחשובים.

איחולי בריאות טובה ומי ייתן ולא נזדקק.

גיל הס מנהל אגף הכלכלה - קיבוץ הדתי

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
16	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	<u>פרקי הפוליסה:</u>
	<u>רובד בסיס:</u>
30	פרק א' - השתלות ו /או טיפולים מיוחדים בחו"ל
34	פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	<u>רובד מורחב א':</u>
	פרק ג' – ניתוחים:
38	מסלול 1- ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
41	מסלול 2- ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל
45	פרק ד' – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל
47	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים בסיס
	<u>רובד מורחב ב' (אופציונלי – רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)</u>
49	פרק ו' – שירותים אמבולטוריים מורחב
51	פרק ז' – שיפוי בעת גילוי מחלה קשה
56	פרק ח' - SLA לכלל רבדי הפוליסה

תמצית תנאי הביטוח – קרן הקיבוץ הדתי

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ותושבי הקיבוץ הדתי ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	קרן הקיבוץ הדתי ח.פ. 580029395
סוג הביטוח	השתלות ו טיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל שירותים אמבולטוריים בסיס שירותים אמבולטוריים מורחב שיפוי בעת גילוי מחלה קשה
תקופת הביטוח	1.12.2019 – 30.11.2024 (סעיף 4.1)
תיאור הביטוח	רובד הבסיס: פרק א' - השתלות ואו טיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות רובד מורחב א': פרק ג' - ניתוחים: מסלול 1- ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל מסלול 2- ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל פרק ד' – ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה' – שירותים אמבולטוריים בסיס רובד מורחב ב': (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה) פרק ו' – שירותים אמבולטוריים מורחב פרק ז' – שיפוי בעת מחלה קשה פרק ח' – SLA לכלל רבדי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה			
כמפורט בס' 8, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות, תרופות (ס' 7), ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 4), ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 6), ניתוחים בחו"ל (ס' 1.3), שיפוי בעת גילוי מחלה קשה (ס' 4).			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלות (ר' סע' 2.3, 2.5, 3.1.17)			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	שם הכיסוי	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
+		השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
+		תרופות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	
+		שירותים אמבולטוריים בסיס ומורחב	

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

תמצית פרטי הפוליסה

רובד מורחב ב' (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)	רבדים בסיס + מורחב א'		המבוטח (גילאים)	עלות הביטוח
	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל		
5.9 ₪	22 ₪	21 ₪	ילד (עד גיל 21 כולל)	
28 ₪	61 ₪	59 ₪	מבוגר (גילאי 22-50)	
29 ₪	79 ₪	76 ₪	מבוגר (גילאי 51-67)	
32 ₪	130 ₪	125 ₪	מבוגר (גילאי 68 ומעלה)	
<p>*ילד שלישי ואילך באותה משפחה - חינם. נכדים ישלמו עבור כל אחד.</p> <p>הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 12476 נק' שפורסם ביום 15.11.2019 וכן בכפוף לסעיף התאמת הפרמיה המפורט בסעיף 5.7 לפוליסה ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון.</p> <p>באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון</p> <p>מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.</p>				

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק א' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	ס' 2.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	30 יום
פיצוי חד פעמי במקרה ביצוע השתלה בחו"ל	ס' 2.3: המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה של ביצוע השתלה בחו"ל בסך 400,000 ₪. במקרה של השתלת מח עצם ו/או קרנית, פיצוי יומי לכל יום אשפוז בסך 800 ₪ לעד 30 יום.	-	30 יום
טיפול מיוחד בחו"ל	ס' 2.6: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל.	עד 1,000,000 ₪.	30 יום
השתלות איברים מבעלי חיים	ס' 2.7: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	עד 1,000,000 ₪.	30 יום
הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	ס' 3.1: טיפול רפואי בחו"ל שניתן במהלך האשפוז, הכולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.	-	30 יום
הוצאות אשפוז בחו"ל	ס' 3.1.2: הוצאות עבור 60 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; 300 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	-	30 יום

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות שימוש/ השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה	ס' 3.1.5	עד 1,000,000 ₪.	30 יום
הוצאות איתור תורם	ס' 3.1.6: הוצאות איתור תורם כולל בדיקות מעבדה.	עד 150,000 ₪.	30 יום
הוצאות נסיעה לחו"ל	ס' 3.1.8: הוצאות הכוללות היטל נסיעה למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין	-	30 יום
	ס' 3.1.9: שיפוי במקרה שנדרש רופא מלווה במהלך הטיסה.	עד 10,000 ₪	30 יום
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית	ס' 3.1.10: הוצאות הטסה למבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגיל	כיסוי מלא.	30 יום
הוצאות שהייה סבירות בחו"ל	ס' 3.1.11: הוצאות שהייה ליום ליחיד ולמלווה או לקטין ולמלווים בעת השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.	עד 600 ₪ ליום למבוטח או למלווה או עד 800 למבוטח + מלווה. לקטין-התשלום עבור 2 מלווים.	30 יום
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר אשפוז	ס' 3.1.12: הוצאות הנובעות מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	עד 80,000 ₪ להשתלה או עד 40,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל.	30 יום
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 3.1.13: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.	ללא תקרה.	30 יום
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	ס' 3.1.15: הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל במקרה ולא ניתן להטיס המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.	עד 100,000 ₪.	30 יום

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
30 יום	עד 150,000 ₪.	ס' 3.1.16: כל הוצאה נוספת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.	הוצאות רפואיות נוספות
30 יום	-	ס' 3.1.17.1: גמלה בסך 5,000 ₪ לחודש שתשולם למבוטח לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים במקרה של השתלת לב/כבד/ריאה	גמלה החלמה
		ס' 3.1.17.2: גמלה בסך 900 לכל יום אשפוז עד 30 יום, במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי.	

פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית
תרופות	<p>התרופות הנכללות בס' 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות ואשר אפשרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת האחת מהמדינות המפורטות בס' 2.1. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בס' 2.2. 3. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL. 4. טיפול תרופתי בתרופת יתום. 5. תרופה מיוחדת בס' 3: מכוח סעיף 29 ג' לתקנות הרוקחים. 	<p>עד 2,500,000 ₪ למשך כל 2.5 שנים. עד 200,000 ₪ לכל תקופת הביטוח לכסוי תרופה מיוחדת.</p>	<p>150 ₪ למרשם ועד 400 ₪ לכלל המרשמים החודשיים. לא תחול השתתפות עצמית לתרופות מעל 5,000 ₪ לחודש.</p>
שירות/ טיפול נלווה למתן תרופה	<p>סעיף 4: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.</p>	<p>עד 150 ₪ ליום.</p>	<p>-</p>
בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה	<p>ס' 6: שיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות המפורטות בסעיף, התייעצות אחת עם גניטקאי והתייעצות אחת עם פרמקולוג.</p>	<p>עד 20,000 ₪ לכל מחלה.</p>	<p>25% בגין כל בדיקה או התייעצות.</p>

**פרק ג' 1 - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1:3 התייעצות בכל שנת ביטוח רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות.	עד 1,500 ₪ להתייעצות.	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על פי הסכום במועד קרות מקרה הביטוח.		
<p>הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>			

**פרק ג' 2 - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות
שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1: 3: התייעצות בכל שנת ביטוח רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות.	עד 1,500 ₪ להתייעצות.	
שכר מנתח	ס' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז (כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על פי הסכום במועד קרות מקרה הביטוח.	עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.	
<p>הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.</p>			
<p>למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p>			
<p>דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).</p>			
<p>תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p>			

פרק ד' - ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
אצל נותן שירות שבהסכם - ללא תקרה. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - יכוסו כלל הוצאות והעלויות בפועל, עד לגובה עלות ניתוח זהה אצל נותני השירות בחו"ל שבהסכם עם המבטח או, במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל, בסכום השווה ל-200% מעלות הניתוח בארץ.	ס' 1: ביצוע ניתוח בשל מצב בריאותי מחייב הנקבע ע"י רופא המומחה בתחום בו נדרש הניתוח.	שכר מנתח
-	ס' 1.2.1: נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בטיסה מסחרית רגילה (אם המבוטח קטין- כיסוי ל 2 מלווים) במקרה של אשפוז מעל 8 ימים.	הוצאות נסיעה לחו"ל
עד 50,000 ₪.	ס' 1.2.2: במקרה שהמבוטח אינו כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה.	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל
למלווה אחד עד 800 ₪ ליום ועד 35 יום. למבוטח קטין עד 2 מלווים עד 1,050 ₪ ליום לתקופה מרבית של 35 יום למשך אשפוז של מעל ל 8 ימים.	ס' 1.2.3: הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.	הוצאות שהייה בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל
-	ס' 1.2.4: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.	הוצאות הטסת גופה
-	ס' 1.2.5: פרוצדורות ותכשירים רפואיים שהוגדרו על-ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח.	פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים
-	ס' 2: טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם	טיפולים מחליפי ניתוח

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בסיס				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
בדיקות רפואיות אבחנתיות	ס' 6.1: השתתפות בבדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, טומוגרפיה ממוחשבת, תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואית מקובלת לאבחון מחלתו.	עד 5,000 ₪ לשנת ביטוח.	20%	30 יום
חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל	ס' 6.2: החזר עלויות של חוות דעת רפואית נוספת של רופא מומחה. המבוטח זכאי ל 3 חוות דעת לכל שנת ביטוח.	בחו"ל - עד 8,000 ₪ לכל חוות דעת. בארץ - עד 1,500 ₪ לכל חוות דעת.	20%	30 יום
התייעצות עם רופא מומחה	ס' 6.3: התייעצות עם רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה, רופא ילדים ומעקב הריון (רופא ילדים מומחה - התייעצות אחת).	עד 600 ₪ להתייעצות, עד 3 התייעצויות לשנת ביטוח	30 יום	30 יום
בדיקות הריון	ס' 6.4: החזר הוצאות בגין בדיקות הריון שבוצעו בגופה של המבוטחת.	עד ל 3,500 ₪ להריון ו- 5,000 ₪ להריון רב עוברי.	20%	6 חודשים

פרק ו' - שירותים אמבולטוריים מורחב

(אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
טיפול פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה	ס' 2: התשלום יועבר ישירות לנוותן השרות לפי הוראות רופא שבהסכם או ישופה המבוטח כנגד קבלות.	עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 4,000 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים.	30 יום	20%
בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטניים	ס' 3: מבוטח יהא זכאי לאבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים.	עד 2,500 ₪ לתקופת ביטוח.	30 יום	20%
הפרייה חוץ / גופית / טיפולי פריון	ס' 4: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופה של המבוטחת בהמלצת רופא פריון.	עד 7,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד שתי סדרות טיפולים בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
אבזרים רפואיים	ס' 5: החזר הוצאות לרכישת אבזרים רפואיים המפורטים בסעיף בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באבזר.	עד 4,000 ₪ לפריט.	30 יום	20%

פרק ז' – שיפוי בגין מחלה קשה

(אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
מחלות קשות	<p>שיפוי ההוצאות בגילוי אחת מן המחלות שלהלן:</p> <p>ס' 2.1 קבוצה ראשונה: אי ספיקת כליות סופנית, אי ספיקת כבד פולומיננטית, מחלת כבד סופנית, השתלת אברים, טרשת נפוצה, תרדמת, ניוון שרירים, פגיעה מוחית מתאונה, דלקת מוח, דלקת חיידקית של קרום המוח, מחלת ריאות חסימתית כרונית, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני ופרקינסון.</p> <p>ס' 2.2 קבוצה שנייה: אוטם חריף בשריר הלב, ניתוח מעקפי לב, ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב, ניתוח אבי העורקים, קרדיومیופטיה ושבץ מוחי.</p> <p>ס' 2.3 קבוצה שלישית: סרטן, אנמיה אפלסטית חמורה וגידול שפיר של המח/ יותרת המוח / קרומי המוח.</p> <p>ס' 2.4 קבוצה רביעית: שיתוק, פוליו, איבוד גפיים, עיוורון, כוויות קשות, אובדן דיבור וחירשות.</p>	עד 50,000 ₪ ועד 50% מההוצאה בפועל.	30 יום

- תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני *3455 או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לחברי ותושבי הקיבוץ הדתי ובני/ות משפחותיהם

- 1. הגדרות כלליות**
- בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם, בכל הנוגע לפרק- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- (ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל/ ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), תגברנה ההגדרות הקבועות בפרק זה על ההגדרות בפרק התנאים הכלליים:
- 1.1 הפוליסה** - פוליסת ביטוח זו, כולל תנאים כללים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.2 בעל הפוליסה - קרן הקיבוץ הדתי בע"מ**
קיבוץ - קיבוץ ו/או מושב החבר בתנועה המיישבת של הקיבוץ הדתי, אשר בחר ואושר להצטרף לפוליסת הבריאות של קרן הקיבוץ הדתי
- 1.3 המבוטחים** - מי שהיה במועד הצטרפותו חבר קיבוץ או תושב קיבוץ אצל בעל הפוליסה ו/או בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ובני משפחתו (בהגדרתם להלן) , שהם תושבי מדינת ישראל וחברים באחת מקופות החולים, ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש.
יובהר, כי "ילד"- ייחשב ככזה, בתנאי שאינו נשוי. ילד נשוי ייחשב כבוגר.
להסרת ספק יובהר כי כמבוטח ייחשב רק מי שהינו תושב קבע / אזרח של מדינת ישראל או שהוא נשוי ל תושב קבע / אזרח של מדינת ישראל.
- 1.4 בני משפחה** - בן/ת זוג, בנים/ות, נכדים/ות, חתנים/כלות של המבוטח.
- מבוטח חוזר** - מי שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 1.5 תאריך ת. ביטוח - 01.12.2019**
- 1.6 רצף ביטוחי** - הצטרפות מביטוח קודם אחר (כהגדרתו להלן) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה, לכיסויים חופפים בלבד, ולעניין מצב רפואי קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם. כמו כן, מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא ייתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודמת.
- 1.7 דמי הביטוח** - הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה.
- 1.8 מקרה הביטוח** - מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה.
- 1.9 תקופת אכשרה** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח

הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבטוח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. תקופת האכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירעו כתוצאה מתאונה.

החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאינו מכוסה.

1.10 תקופת המתנה - תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.

1.11 מדד - מדד המחירים לצרכן הכולל ירוקת, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.

1.12 שנת ביטוח - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם נמנית ממועד ההצטרפות של המבטוח לפוליסה.

1.13 סכום ביטוח - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה

1.14 חוק הביטוח - חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981

1.15 חוק הבריאות - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994

1.16 ישראל - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל

1.17 חו"ל - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב

1.18 בית חולים - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים. להוציא מוסד המשמש כסנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.

1.19 בית חולים פרטי - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.

1.20 בית חולים בהסכם - בית חולים פרטי כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבטוח.

1.21 ניתוח - פעולה פולשנית – חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבטוח, או מניעה של כל אחד מאלה. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, 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.
ההגדרה נוסחה באופן המטיב עם המבטוח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

ניתוח חירום - ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבטוח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.

- 1.22 מנתח הסכם** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ונמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.23 מנתח אחר** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ואינו מנתח הסכם.
- 1.24 רופא מרדים** - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.25 אח/אחות** - אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.26 נותן שירות שבהסכם** - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד התביעה.
- 1.27 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 המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), **למעט תותבת שיניים, ושתל דנטלי.**
- 1.28 יום אשפוז** - יממה בת 24 שעות. מניית ימי האשפוז, בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בב"ח, תיעשה על פי מספר לילות האשפוז.
- 1.29 מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.30 סייג של מצב רפואי קודם** - סייג כללי בפוליסת הביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשו לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.31 תקופת ביטוח קודמת/ביטוח קודם/פוליסה קודמת** - פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית/פרטית של בעל הפוליסה או של המבוטח שהייתה בתוקף ערב תחילת הביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.32 יועץ** - יועץ/ת בחברת מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ

פרקי הפוליסה:

רובד בסיס:

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל.

פרק ב' - כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות.

רובד מורחב א'

פרק ג' - כיסוי לניתוחים :

1. ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

2. ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי

ניתוח בישראל

פרק ד' - כיסוי לניתוחים בחו"ל

פרק ה' - כיסוי אמבולטורי בסיסי.

רובד מורחב ב': (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)
פרק ו' - כיסוי אמבולטורי מורחב א'.
פרק ז' - שיפוי בעת גילוי מחלה קשה.
פרק ח - SLA - לכלל רבדי הפוליסה

- 2. תוקף הפוליסה**
- 2.1** פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום **01.12.2019** ותסתיים בתאריך **30.11.2024** כמפורט להלן בסעיף 4. למען הסר ספק מבוטח ששמו נשמט מרשימת המבוטחים עקב טעות טכנית ייחשב כמבוטח לכל דבר, ובלבד שתינתן הצהרה בכתב של מנהל מוסמך בארגון על עצם הטעות הטכנית ועל היותו מבוטח על פי הקריטריונים שבהסכם זה. **יובהר כי בעת החזרת הביטוח לתוקף לגבי המבוטח שהושמט, תשולם פרמיה למפרע מיום הביטול.**
בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים.
- 2.2** הפוליסה תכנס לתוקפה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.
- 2.3** בעל הפוליסה יוכל להביא הסכם זה לידי סיום באופן מידי במקרה של הפרת הסכם זה ע"י המבטח באופן שחוזר על עצמו בדרך של אי מתן שירות למבוטחים או סירוב בלתי מנומק לשלם תביעות, ובלבד שבעל הפוליסה פנה למבטח בכתב והמבטח לא תיקן את ההפרה בתוך 60 יום ממועד קבלת המכתב, ביטול רישונו של המבטח, פתיחת הליכי פרוק נגד המבטח, או במקרה של מינוי מנהל מורשה או מפקח מיוחד למבטח לפי חוק הפיקוח. להסרת ספק - כל מבוטח יהיה רשאי בכל עת מכל סיבה שהיא לעזוב את הסדר הביטוח, בהודעה שתינתן לבעל הפוליסה.
- 3. תנאי הצטרפות**
- 3.1** כל חברי ותושבי בעל הפוליסה המופיעים ברשימת המבוטחים ביום חתימת הסכם זה יכללו בביטוח וזאת ללא צורך במילוי טופס הצטרפות וללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו.
- 3.2** חברים חדשים ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף לרובד הממומן באופן מלא ע"י בעל הפוליסה בכפוף לדיווח הצטרפות של בעל הפוליסה או למילוי טופס הצטרפות וללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום תחילת הפוליסה ו/או תאריך קבלתם לחברות המאוחר מבניהם. לאחר 120 יום ההצטרפות תהיה מותנית במילוי הצהרת בריאות והליך חיתום.
- 3.3** תושבים ובני משפחתם וכן בני משפחה, של חברים, שאינם מתגוררים בקיבוץ אשר יהיו מעוניינים להצטרף לביטוח יידרשו למלא טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות 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;
- 3.4** בני/ות זוג של מבוטח/ת שנישאו/ת במהלך תקופת הבטוח, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות ויחולו עליהם תנאי הקבלה החלים על פי סעיף 3.2 לעיל ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום נישואיהם.
- 3.5** תינוק שנולד - שצורף לביטוח תוך 120 יום מיום הלידה על ידי הודעה בכתב לחברת הבטוח, כולל פרטיו המלאים: שם, תז ותאריך לידתו, יהיה פטור ממילוי הצהרת בריאות והליך חיתום. לאחר 120 יום יהיה חייב בהצהרת בריאות והליך חיתום.

3.6 מצטרפים חדשים שיידרשו למלא הצהרת בריאות תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה-1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 30 ימי החיתום, יוא ראשי המבטח להודיע למבוטח כי הליך ההצטרפות בטל.

3.7 מצטרפים חדשים שביום ההצטרפות היו בעלי פוליסת ביטוח בריאות פרטית בתוקף או נכללו במסגרת ביטוח בריאות קבוצתי, יישמר הרצף הביטוחי לגבי כל הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. "רצף ביטוחי" כהגדרתו בהגדרות הכלליות. (בכפוף להצגת פוליסה בתוקף, אישור תשלום ואישור תנאי קבלה לביטוח).

3.8 ניתוחים בארץ – (פרק ג'), מבטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטניום", "מכבי מגן הב/שלי", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית כסף/זהב" ויכול לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ג' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג'2 וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 5 להלן.

3.9 שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

13.10 על המבוטחים בביטוח יחול האמור להלן:
צירוף מבטח - סעיף 4 בתקנת 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 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;
2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

לא יצורף החבר/תושב 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 למבטח 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/תושב בקבוצת המבוטחים - החבר/תושב רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר/תושב לצירוף ילדו/ואו בן/ת-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, 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 מחודשת 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

תקופת ההסכם

4.

4.1 תקופת ההסכם תהיה **60** חודשים מיום **01.12.2019** ועד ליום **30.11.2024**.

4.2 תום תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח ובני משפחתו יהיה במקדם מבין המקרים הבאים:

4.2.1 הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבוטח במסגרת ההסכם.

4.2.2 תום ההסכם.

4.2.3 שהיית המבוטח בחו"ל לתקופה של מעל חמש שנים, אלא אם אותו מבוטח נמצא בשליחות מטעם מדינת ישראל ו/או בתפקיד מטעם מקום העבודה והתשלום בגין הפוליסה ממשיך עבורו. אין בתוקף הפוליסה בכדי לגרום מהוראות סעיף 21 לעיל.

4.3 למען הסר ספק, ילדי/נכדי מבוטחים שהגיעו לגיל 22 ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי הסכם זה, אך במחיר של מבוגר.

4.4 מבוטח שאיבד את זכאותו להיכלל לביטוח מכל סיבה שהיא, למעט ביטול יזום על ידי המבוטח ו/או במקרה וההסכם יתבטל ו/או לא יחודש אצל המבטח ו/או מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח פרטיות בתנאים דומים לאלו הקיימים בהסכם זה על פי התנאים, והתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך לביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היה מבוטח במסגרת ההסכם. הממשיכים לביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בשיעור של 20% לחמש שנים ממועד עזיבתו את הביטוח הקבוצתי, לביטוח פרטי בגין הפרקים בהם היה מבוטח לביטוח הקבוצתי. מובהר כי החרגות ו/או תוספות חיתומיות שנקבעו למבוטח במסגרת הסכם זה ימשיכו לחול גם במסגרת הפוליסה הפרטית.

4.5 פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.

4.6 להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית עלול להיות כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

דמי הביטוח

5.

5.1 דמי הביטוח החודשיים יהיו כדלקמן:

רובד ושכבת גיל	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי בישראל	ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל
רבדים בסיס+ מורחב א':		
ילד (עד גיל 21 כולל)	21 ₪	22 ₪
מבוגר (גילאי 22-50)	59 ₪	61 ₪
מבוגר (גילאי 51-67)	76 ₪	79 ₪
מבוגר (גילאי 68 ומעלה)	125 ₪	130 ₪
רובד מורחב ב': (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)		
ילד (עד גיל 21 כולל)	5.9 ₪	
מבוגר (גילאי 22-50)	28 ₪	
מבוגר (גילאי 51-67)	29 ₪	
מבוגר (גילאי 68 ומעלה)	32 ₪	

5.2 ילד שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.

5.3 מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 15 של כל חודש (בגין החודש הקודם), על פי המועד בו על התשלום להיות מבוצע על פי תנאי הסכם זה.

5.4 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

5.5 דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבוטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר למבטח), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.

5.6 דמי הביטוח יועברו במרוכז למבטח באחריות בעל הפוליסה או מי מטעמו. יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבוטחים המצטרפים מעת לעת לביטוח ואת המבוטחים אשר יבחרו לסיים את הביטוח לגביהם ויעבירם למבטח. בעל הפוליסה היא אחראי להעביר למבטח טפסי הצטרפות כנדרש על פי דין בגין מצטרפים ולוונטריים (שאינו משלם עבורם באופן אובליגטורי).

5.7 התאמת פרמיה – התאמת הפרמיה תבוצע לאחר 12 חודשים מתחילת הביטוח וכל 12 חודשים לאחר מכן.

5.8 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 מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר/תושב בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר/תושב להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

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

6. תגמולי ביטוח

6.1 המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או חשבוניות מקוריות. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג למבטח 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. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.

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

6.3 המבטח מתחייב לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה ממועד הגשת כל המסמכים שנדרשו לידיה לרבות הבקשה להשלמת מסמכים רפואיים, ובלבד שהתביעה אושרה.

6.4 נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה ישלם המבטח את היתרה על פי דין.

6.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.

6.6 הייתה למבוטח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח פוליסת ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח, בשיעור

התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פרק זה. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

6.7 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב- סעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתית.

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

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

6.8 למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

7. תביעות

המבטח ישלם למבוטח את תגמולי הביטוח לפי פרק זה או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:

7.1 כאשר נודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, ובטרם ביצע הפרוצדורה הרפואית (לרבות ניתוח, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל) המכוסה על פי פוליסה זו, ויודיע על כך בכתב למבטח.

7.2 המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים, המצויים ברשותו, הדרושים למבטח לברור תביעתו. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחבר/עובדה 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.

7.3 על אף כל האמור בהסכם זה, במקרה של ניתוח חירום כהגדרתו, לא יהיה בהודעת המבוטח לחבר/עובדת-הביטוח על מקרה-הביטוח בדיעבד, לאחר קבלת השירות הרפואי, כדי לפגום או לגרוע בזכות מזכויותיו של המבוטח או של בעל-הפוליסה, כולל הזכות לאישור-כיסוי והזכות להחזרים כספיים בגין אותו שירות רפואי ובתנאי שטרם חלה תקופת ההתיישנות ועד התקרות בפוליסה.

7.4 המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.

7.5 היה והמבטח החליט לדחות תביעה ו/או חלק ממנה, חובתו לשלוח את נוסח מכתב הדחיה לעיונו וקבלת התייחסותו של היועץ וזאת טרם משלוח מכתב הדחיה למבוטח.

7.6 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי המבטח, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט

בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה

7.7 המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל בין השעות 8:00-17:00 ימי א'-ה' ומוקד חירום 24 שעות ביממה.

7.8 השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי: ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

8. סייגים כלליים לאחריות המבטח שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים כאמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:
8.1 סייג בשל מצב רפואי קודם.

המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבטח בעת ההצטרפות לביטוח כדלקמן:

1. פחות מ- 65 שנים – החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
2. 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

8.2 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים בדף פרטי הביטוח, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

על אף האמור בסעיפים 8.1 ו- 8.2 לעיל, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

בכל מקרה בו נקבעה החרגה כלשהי למבטח, אשר ממנה נרפא וקיבל על כך אישור רפואי, תהיה ההחרגה בתוקף למשך 3 שנים מיום קבלת האישור הרפואי הנ"ל או למשך 5 שנים כאשר מדובר במחלות סרטניות.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.1 לעיל, 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.

מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח או בתוך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה.	8.3.1	8.3
טיפולים/התייעצויות פסיכולוגיים ו/או טיפולים/התייעצויות פסיכיאטרים.	8.3.2	
טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.	8.3.3	
מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפת"ד (פיצויים לנפגעי תאונות דרכים).	8.3.4	
חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי	8.3.5	
עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חבר/עובדתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.	8.3.6	
ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית	8.3.7	
ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה	8.3.8	
טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.	8.3.9	
ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.	8.3.10	
ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה שאינו הרופא המבצע את הניתוח.	8.3.11	
ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי ועונים לפרמטרים שקבע משרד הבריאות.	8.3.12	
ביוזרי עור רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.	8.3.13	
טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).	8.3.14	
אלכוהולים ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש בכוונה לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.	8.3.15	
פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.	8.3.16	

- 9. הצמדה**
9.1 סכומי הביטוח, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבוטח/ת ו/או על ידי בעל הפוליסה, הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.
- 9.2** חישוב הצמדה יהא ייחוס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי החבר/עובדה לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.
- 9.3** מדד הבסיס לפוליסה זו הוא המדד שיפורסם בתאריך **15/09/2019**.

10. התיישנות
 תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

11. הודעות
 על בעל הפוליסה להודיע למבטח על כל שינוי כתובת במכתב רשום ו/או ע"י דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

מתן מסמכים והודעות למבוטח- תקנות ביטוח בריאות קבוצתי
 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח; 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 ויצוין-

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

11.2 במידה ובעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בהסכם האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

12. 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, כאמרו בתקנה 4 או בתקנה (ב)5, 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 תמסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

13. תחלופ (סוברוגציה):

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח עוברת זכות זו למבטח מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובישעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של המבטח לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

14. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

15. כפל ביטוח:

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

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

15.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח, במידה ויודע על כך, להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.

15.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

16. חידוש הפוליסה- תקנות ביטוח קבוצתי:

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.

17. סיום הפוליסה- תקנות ביטוח קבוצתי:

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 פרת לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

18. הפסקת זיקה- תקנות ביטוח קבוצתי:

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

18.1 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 למבטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

18.2 עובד/ת מבוטח/ת שהלך/כה לעולמו/ה במהלך תקופת הביטוח, יוכלו בני משפחתו שצורפו לביטוח להמשיך להיכלל בביטוח עד תום תקופת הביטוח ובלבד שיעבירו אמצעי גביה אישי.

19. ביטול הפוליסה ע"י המבטח - תקנות ביטוח קבוצתי.

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטח, והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה **כאמור בתקנה 4 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.

(א) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטח 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 מבטח 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 המבטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)2; לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ב) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, 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 המבטח.

(ג) **פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל בהסכם, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה.**

20. יועץ

מעניק יועץ שוטף למבטחים בפוליסה עפ"י הסכם ההתקשרות בינו לבין בעל הפוליסה, ובין השאר:

20.1 מענה לפניות מבטחים בקולקטיב בקשר עם אופן מיצוי זכויותיהם על-פי הפוליסה;

20.2 סיוע, מתן מידע ועריכת בירורים לגבי טענה ו/או תלונה של מבטח ו/או בעל הפוליסה;

21. הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

אחריות החברה מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסויים שאושרו לטיפול בחו"ל עפ"י תנאי הפרקים הרלוונטיים. יובהר כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. על אף האמור לעיל, במידה ואירע מקרה ביטוח הכלול בביטוח זה, בעת שהות המבטח בחו"ל לתקופה שאינה עולה על שנתיים ברציפות, יהא המבטח זכאי לכיסוי בגין אותו מקרה ביטוח

על פי תנאי ההסכם עם שובו ארצה. למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את הוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל

1. מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח – לצורך פרק זה יחשב כמועד בו אובחן לראשונה הצורך בביצוע הטיפול הרפואי או ההשתלה במהלך תקופת הביטוח הנוכחית, כאמור להלן:

1.1 השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, שחלות, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו במקום, לרבות השתלה של מח עצמות או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו מדם היקפי מתורם אחר בגוף המבוטח או מתרומה עצמית של המבוטח או השתלה מח עצמות עצמית (מבוצע בישראל בלבד). השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלל איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת אותו איבר מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד, או השתלה מבדלי חיים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות ניסיונית בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

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

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

1.2.1 טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ ריאה/ שמיעה/ איבר בחו"ל אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו לפחות אחד התנאים הבאים:

1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע, על ידי שירותי הרפואה בישראל ו/או אין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל (טיפול או ניתוח חלופי משמעו מתן אותן תוצאות באותו פרק זמן ללא תופעות לוואי וללא פגיעה באיכות חייו של המבוטח לעומת המקובל בטיפול דומה בחו"ל).

1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.

למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2. סכום הביטוח

2.1 להשתלה במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם המבטח – ללא תקרת סכום ביטוח.

2.2 להשתלה במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם המבטח- סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 5,000,000 ש"ח.

- 2.3** המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה ביצוע השתלה בחו"ל בסך 400,000 ₪ במקום קבלת שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו-2.2 דלעיל, ובכפוף להוראות המפקח על הביטוח המתנה את מתן הפיצוי בקיום התנאים דלהלן:
- 2.3.1** נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- 2.3.2** מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
- 2.3.3** למען הסר ספק, פיצוי לפי זה סעיף זה יבוא במקום שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו-2.2.
- 2.4** פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית וקרנית.
- 2.5** פיצוי להשתלת מח עצמות - יינתן פיצוי של 800 ₪ לכל יום אשפוז, עד 30 יום.
- 2.6** סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 1,000,000 ₪.
- 2.7** השתלה מבעלי חיים - 1,000,000 ₪

3.

התחייבות המבטח

- בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבוטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח. במידה והמבוטח יבחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שידרש או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק בכפוף לאמור בסעיף 6.2 בתנאים הכלליים בגין ההוצאות המכוסות בפוליסה זו ולא יותר מתקרות של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.
- בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות שהוצאו בפועל.
- 3.1** המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנוותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.
- 3.1.1** תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח.
- 3.1.2** תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך האשפוז (בתקרת הכיסוי המופיעה בסעיף 2 לעיל).
- 3.1.3** תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 3.1.4** תשלום כל ההוצאות הרפואיות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו, והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.1.5** כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ-1,000,000 ₪.
- 3.1.6** כיסוי להוצאות איתור תורם (כולל בדיקות מעבדה), בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 150,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.
- 3.1.7** תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמשתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 3.1.8** תשלום עבור הוצאות הטיסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
- 3.1.9** במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), המבטח יישא בהוצאה זו עד לתקרה של 10,000 ₪.

- 3.1.10 כיסוי מלא להוצאות עבור העברה יבשתית של המבוטח והמלווה/ים לשדה התעופה וממנו בארץ ובח"ל.
- 3.1.11 תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד 600 ש"ח למבוטח או למלווה ליממה או עד 800 ש"ח למבוטח + מלווה. במידה והמושתל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים. וכולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית-החולים בחו"ל וממנו, ועד ל-100 ימים.
- 3.1.12 תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה עד 80,000 ש"ח או הטיפול המיוחד עד 40,000 ש"ח עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי ההמשך בישראל.
- 3.1.13 תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.14 תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 3.1.15 **הבאת רופא מומחה מחו"ל לביצוע טיפול רפואי מיוחד בארץ** – תשלום להבאת רופא מומחה מחו"ל בעת הצורך בנייתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/מדידה/שמיעה/איבר אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, אשר אינו ממומן באופן מלא או חלקי במסגרת סל שירותי הבריאות, במידה וקיים מימון חלקי ישלים המבטח את ההפרש עד מלוא ההוצאה בפועל - עד לתקרה של 100,000 ש"ח בגין הבאת הרופא (בנוסף, וללא קשר, לתקרת עלות הטיפול המיוחד כמפורט בסעיף 2.4 לעיל).
- 3.1.16 תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 150,000 ש"ח.

גמלת החלמה

- 3.1.17.1 בקרות מקרה-ביטוח מסוג השתלה, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית), או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי, או השתלת קרנית, תשלום חברת הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 5,000 ש"ח לחודש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבונות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות ליורשים החוקיים. גמלת החלמה עבור ילד, תחת התנאים המופיעים לעיל, תהיה בגובה 50% מגמלת מבוגר.
- 3.1.17.2 במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר או עצמית) ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי יהיה המבוטח זכאי לשיפוי מלא בגין הוצאות שהוציא בפועל לצורך ביצוע ההשתלה (וכלולות בהוצאות המכוסות בפרק זה ומפורטות 3.1 להלן), וכן לפיצוי בסך 900 ש"ח לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.
- למען הסר ספק המבוטח יהיה זכאי לתשלום הגמלה עפ"י סעיף זה גם אם ההשתלה הנ"ל בוצעה שלא באמצעות המבטח ובלבד שהמבוטח ימציא מכתב רשמי מהמרכז הרפואי בו בוצעה ההשתלה ופרטיה.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזרים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

לתשומת לב המבוטח, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחנו המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה את התקיימו כל אלה:

- (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;
- (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

מובהר כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח "השתלה"
ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק איסור סחר באיברים
לעניין חוקים אלו וחובת יישומם בנסיבות.

4. תקופת אכשרה- 30 יום.

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

- 1. הגדרות**
- 1.1 תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי שנגרם כתוצאה ממחלה או תאונה, מניעת החמרתה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותה של מחלה, אשר הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כללו ופרסמו אותו ברשימת התרופות המאושרות המתעדכנת מעת לעת.
- 1.2 מדינות מוכרות** - ישראל, ארה"ב, אחת ממדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד. או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.3 טיפול תרופתי** - נטילת תרופה, שנתנה בהמלצת רופא מומחה ועל פי מרשם, באורח חד פעמי או מתמשך.
- 1.4 רופא מומחה** - רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לכך כמומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.5 רופא מומחה בכיר** - רופא מומחה כהגדרתו לעיל, שהוא, או היה בעברו, בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים בישראל.
- 1.6 סל הבריאות הממלכתי** - מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות ע"י קופות החולים לעמיתיהן במסגרת ומכוח חוק בריאות הממלכתי התשנ"ד – 1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין עמיתה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן
- 1.7 מרשם** - מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש.
- 1.8 תרופה חלופית/אלטרנטיבית** - תרופה אשר כלולה בסל הבריאות, ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים תרופה אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות משיגה את אותה תוצאה רפואית באותה איכות ובפרק זמן דומה המושג ע"י התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שתרופה חלופית זו אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבוטח.
- 1.9 תרופת יתום** - תרופה אשר הוכרה ואושרה לשיווק כתרופת יתום (Orphan Drug) ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

- 2. מקרה הביטוח**
- מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח אשר מחייב על פי הוראת רופא טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:
- 2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן המדינות המוכרות); ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות – כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי **EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שוויץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.**

2.3 תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL
המבטח יכסה בתכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- 1 פרסומי ה-FDA
- 2 American Hospital Formulary Service Drug Information
- 3 US Pharmacopoeia-Drug Information
- 4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa
 2. חוזק הראיית (Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B
 3. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa
- 5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
 1. NCCN
 2. ASCO
 3. NICE
 4. ESMO Minimal Recommendation

2.4 טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי.

2.5 שני רופאים בדרגת מנהל מחלקה ומעלה או דרגה מקבילה בחו"ל, הצהירו בכתב, כי התרופה עשויה להאריך את חיי המבוטח בשנה אחת או יותר.

3. תרופה מיוחדת
תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות אשר מתקיימים לגביה אחד מהסעיפים הבאים:

3.1 המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29 ג' לתקנות הרוקחים תכשירים (תשמ"ו - 1986) אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי.

3.2 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

3.2.1 לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ו/או רופא מומחה בכיר

3.2.1.1 התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של

המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים.

3.2.1.2 התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

3.2.1.3 מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית לחייו של המבוטח.

4. סכום הביטוח
הכיסוי הוא עד לתקרה של 2,500,000 ₪ (**הסכום יתחדש מידי 2.5 שנים**). וכולל כיסוי עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקות התרופה, מתן עירוי וכדומה, בסכום שלא יעלה על 150 ₪ ליום. תקרת הכיסוי לתרופה מיוחדת כהגדרתה לעיל בסעיף 3 – עד 200,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.

5. השתתפות עצמית
5.1 על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 150 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום 400 ₪ לכל המרשמים החודשיים.

5.2 על תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית.

5.3 קיבל המבוטח שיפוי מתוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור עלות התרופה או תרופה מיוחדת המכוסה על ידי החברה המבטחת, על פי נספח התרופות או תכנית זו, והתברר לא נדרשה לשלם תשלום כלשהו למבוטח ו/או לגורם אחר בגינה, יהיה המבוטח זכאי להחזר סכום ההשתתפות עצמית ששולם לקופת החולים, אך לא יותר הסכום שהיה משולם על ידי החברה.

6. בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה
הופנה המבוטח לביצוע בדיקות גנטיות ע"י רופא מומחה, לאחר שאובחן במחלה כלשהי, לצורך בחינת התאמת הטיפול, לרבות הטיפול התרופתי, ובחינת השפעת הטיפול באותה המחלה, בין היתר לצורך:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול ו/או מניעת תופעות לוואי.
- סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- במחלת הסרטן איתור מקום הגידול, הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד, אבחון מוקדם, בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות הנ"ל, כולל התייעצות עם גנטיקאי ו/או פרמקולוג.
הכול, עד לסך של 20,000 ₪ לכל מחלה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 25% בגין כל בדיקה או התייעצות כאמור.

המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לנותן השירות אך ורק בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

7. בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט האמור בסעיפים 2 ו-3 לעיל.
2. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.
4. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
5. תרופה הנדרשת לטיפול פוריות ו/או עקרות.
6. שתל או אבזר להחדרת תרופה

- .7 תרופות Anti-aging
- .8 תרופה במהלך ניתוח או השתלה- יכוסה רק הפער שנותר (ככל שנותר) לאחר מימון קופ"ח.
- .9 תרופות לטיפול בהשמנת יתר.
- .10 תרופה לגמילה מעישון.
- .11 תרופה לטיפול באין-אונות.
- .12 אבזר מצופה תרופה.

פרק ג 1' - ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפול מחליפי ניתוח פרטיים בישראל

- 1. הגדרות:**
- 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 כמחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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 וכך ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 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.
- 1.5 בית חולים פרטי** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.
- 1.6 קופת חולים** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.7 רופא מומחה** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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, ושמך כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה-** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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

1.10 הסדר ניתוח- הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החבר/עובדה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החבר/עובדה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11 הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החבר/עובדה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:
3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

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

3.4 טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של העובד בכתובת www.fnx.co.il כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החוזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.
החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 4.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 4.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 4.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.
- 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הסינטיק עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הסינטיק עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 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 קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9 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 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברת הביטוח לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברת הביטוח קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5.

תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ג 2' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן – כללית מושלם/פליטיום, מכבי מגן זהב/שלי, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב)

פרק זה יחול במקום פרק ג1', אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים

- 1. הגדרות:**
- 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 כחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: 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 וכך ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 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.
- 1.5 בית חולים פרטי-** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
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.
- 1.6 קופת חולים -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994
- 1.7 רופא מומחה -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה -** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

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 באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1 בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד: שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות 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- זאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החבר/עובדה בכתובת www.fnx.co.il כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי נותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח:

הסדר ניתוח – הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי חברת הביטוח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי חברת הביטוח או על ידי המטופל.

בקרות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1 בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע

באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן או הפסקת החבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצעות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן, תיקבע השתתפות חברת הביטוח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

4.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברתו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מחברת הביטוח תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה

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

6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 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;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ד' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

הגדרות:

בדיקות- חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו אקטיבי ו/או חומר קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, בתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית החולים לפי העניין.

פיזיותרפיה- טיפול פיזיותרפי על ידי רופא מומחה או אחות/פרטית או כל אדם אחר, בעל תעודת הסמכה של הרשות המוסמכת, לביצוע טיפול כזה ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

1. מקרה הביטוח

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא שהתמחותו בתחום בו נדרש הניתוח ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל תגמול הביטוח בגין מקרה ביטוח.

1.1 המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 2.2 להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

1.1.1 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, ללא תקרה.

1.1.2 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, עד לגובה עלות ניתוח זהה אצל נותני השירות בחו"ל שבהסכם עם המבטח או, במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל, בסכום השווה ל-200% מעלות הניתוח בארץ.

1.2 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. כמו כן בעת שהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:

1.2.1 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

1.2.2 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד 50,000 ש"ח

1.2.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למלווה אחד - עד 800 ש"ח ליום ועד 35 יום. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה 1,050 ש"ח ליום ועד 35 ימים סה"כ. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.

1.2.4 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר (חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח.

1.2.5 פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על-ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור. סעיף זה מתייחס לפרוצדורות רפואיות שהיו מכוסות בניתוח בישראל,

אך אם המדובר בפרוצדורות רפואיות המתחייבות מבחינה רפואית מאופי
השהות בחו"ל אזי לא תחול הגבלה זו.

**1.3 המבטח לא יהיה אחראי ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה
ביטוח לפי נספח זה (בנוסף לחריגים הכלליים המופיעים בתנאי הפוליסה) בכל
אחד מהמקרים הבאים:**

1.3.1 **ניתוח שמטרתו היא יופי ו/או אסתטיקה לרבות ניתוח לתיקון קוצר**

**ראיה שמקורו אינו בצורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת
שד כולל התאמה קוסמטית של השד הבריא במידה ולא ניתן להתאים
את השד התותב לשד הבריא. יודגש כי ניתוח קוסמטי הנדרש למטרת
טיפול רפואי עקב קיומה של בעיה רפואית ו/או ניתוח קוסמטי המהווה
חלק בלתי נפרד מניתוח אחר המכוסה ע"י פוליסה זו, יכוסו באופן מלא.**

1.3.2 **בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או
אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות
הדמיה כגון: CT ו-MRI כאשר כל אלה אינן חלק מהניתוח או מכוסות
על פי סעיף 2.2.1.5**

1.3.3 **ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, למעט ניתוחי פה ולסת.**

1.3.4 **ניתוחי ברית מילה, ניתוח קיסרי, טיפול בפטרת הציפורניים/עור
באמצעות ליזר, אלא אם נקבע צורך רפואי.**

1.4 תנאים מיוחדים לניתוחים פרטיים בחו"ל:

1.4.1 **הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל,
בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם
נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה.
בהיודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל,
יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת
ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל
הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח
לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו
לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות
שבהסכם או עד 200% מעלות הניתוח בארץ במקרה ולא קיים נותן
שירות שבהסכם בתחום בחו"ל.**

1.4.2 **החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר
עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים
רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין
אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.**

2. טיפולים מחליפי ניתוח

מקרה הביטוח – מבטח שקיבל המלצה לניתוח ומעוניין לקבל טיפול מחליף ניתוח כהגדרתנו
בהסכם.

הגדרת טיפול מחליף ניתוח – טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי
כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם

**2.1 בקרות מקרה ביטוח, רשאי המבוטח לבחור בטיפול מחליף ניתוח (להלן:
"טיפול חלופי"), בהתקיים כל אלה:**

**2.2 טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות
מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע. המבטח ישפה
את המבוטח עבור הטיפול החלופי (לרבות סדרת טיפולים כאמור) עד לגובה העלות
הכוללת בארץ, אותה נדרש היה המבטח לשלם לנותן שירות שבהסכם עם המבטח,
אילו היה המבוטח מנותח (כולל כל הוצאות הנלוות לניתוח כאמור, הוצאות כל הצוות
הרפואי, הוצאות החומרים, האשפוז, התכשירים הרפואיים, הבדיקות והתרופות, והוצאות
ההחלמה כהגדרתנו בסעיף 2.2.1.5).**

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים בסיס

1. **מקרה הביטוח:**
המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.
2. **בעיה רפואית פעילה -** בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית. היריון ייכלל בהגדרה זו.
3. **מועד קרות מקרה הביטוח -** המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
4. **רופא מומחה -** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.
5. **התייעצות -** חו"ד שניתנה ע"י רופא מומחה ו/או או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.
6. **תגמולי הביטוח:**
 - 6.1 **בדיקות אבחנתיות:**
 - 6.1.1 **הגדרת "בדיקות רפואיות אבחנתיות" -** בדיקות אבחנתיות, כגון בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה, אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.
בדיקות אבחון פסיכודיקטיות יכוסו ובלבד שהצורך בבדיקה נקבע על ידי רופא ניירולוג.
 - 6.1.2 **התחייבויות המבטח -** המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 5,000 ₪ למבוטח בשנת ביטוח.
 - 6.2 **חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל**
 - 6.2.1 **הגדרות**
 - 6.2.1.1 **"חוות דעת ראשונה" -** חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר, אם קיים, לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה.
למען הסר ספק, מכתב שחרור מבית חולים מהווה חו"ד ראשונה לכל דבר.
 - 6.2.1.2 **"חוות דעת שניה" -** חוות דעת רפואית נוספת הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למוטב מרופא מומחה ו/או ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר למחלה ממנה סובל המבוטח, שהתוצר שלו הוא דו"ח המסכם את התוצאות המחקר ומאושר על ידי רופא ו/או מידען רפואי, שנועדו לסייע בקביעת אבחנה רפואית ו/או

דרכי טיפול במחלה. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

6.2.2 התחייבות המבטח- מבוטח אשר לו חו"ד ראשונה זכאי לחו"ד שנייה, היסודי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

6.2.3 ניתן לקבל חו"ד נוספת מכל רופא מומחה אחר, אך לא מאותו רופא מספר פעמים.

6.2.4 המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן:

חו"ד מרופא מומחה בחו"ל או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים – שפוי עד תקרה של 8,000 ₪ לכל חו"ד/דו"ח.

חו"ד מרופא מומחה בארץ – שפוי עד תקרה של 1,500 ₪ לכל חו"ד.

במידה והמבוטח הגיש תביעה לשב"ן לכיסוי חו"ד הרשומה לעיל תכסה חברת הביטוח את יתרת הסכום עד לגובה ההוצאה בפועל ולא יותר מהתקרות הקבועות לעיל.

המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.

6.3 התייעצות עם רופא מומחה

התחייבות המבטח: החברה תשפה את המבוטח בסכום השווה לעד 600 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות ההתייעצות (למעט ייעוץ בתחום התייעצות ובדיקות מעבדה לגילוי גידולים ממאירים המכוסה בסעיף 2.6.22 להלן).

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ – 3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

6.4 בדיקות הריון:

6.4.1 הגדרת "בדיקות הריון":

6.4.1 סיקור גנטי.

6.4.2 בדיקת סיסי שליה.

6.4.3 סריקה על קולית מורחבת לסקירת מערכות העובר.

6.4.5 אקו לב עובר.

6.4.6 בדיקת מי שפיר.

6.4.7 שיקוף עורפי.

6.4.2 התחייבות המבטח: המבטח ישתתף בעלות הבדיקות הנ"ל לפי הפירוט הבא

- עד תקרה של 3,500 ₪ לפרק זה במהלך הריון, ובמקרה של הריון מרובה ועוברים עד 5,000 ₪ ההשתתפות העצמית תהיה בסך 20%.

7. תקופת אכשרה – בת 30 יום למעט לגבי סעיף 6.4 (בדיקות הריון), אשר לגביו תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.

פרק ו' – שירותים אמבולטוריים מורחב (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)

- 1. מקרה הביטוח:**

המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנוותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

1.1 בעיה רפואית פעילה - בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית. היריון ייכלל בהגדרה זו.

1.2 מועד קרות מקרה הביטוח - המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.

1.3 רופא מומחה - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

1.4 התייעצות - חו"ד שניתנה ע"י רופא מומחה ו/או או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.

תגמולי הביטוח:

- 2. טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה:**

2.1 מקרה הביטוח: הצורך בטיפול פיזיותרפיה על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי.

2.2 התחייבות המבטח: המבטח ישפה את המבוטח כנגד קבלות, עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 4,000 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 3. בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטיניים:**

החזר בגין אבחון גנטי פעם אחת בכל תקופת הביטוח ועד 2,500 ₪. כרוך בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו ע"פ הפניית רופא מומחה בכתב.

- 4. הוצאות להפריה חוץ גופית ו/או טיפולי פריון**

מבוטח/ת, יהיה/תהיה זכאית להשתתפות בהוצאות טיפולי פריון עד 80% מההוצאות בפועל כנגד קבלות ועד תקרה של 7,000 ₪ לסדרת טיפולים אשר יבוצעו בגופו של המבוטח/בגופה של המבוטחת בהמלצת רופא פריון. יכוסו עד שלוש סדרות טיפולים למבוטח/ת בכל תקופת הביטוח. הכיסוי יינתן רק למבוטח/ת בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי לא יינתן לבן/בת זוג אשר אינו מבוטח תחת פוליסה זו. לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים. "הוצאות טיפולי פריון" לעניין ס"ק זה הינן בגין טיפול הפריה חוץ גופית (I.V.F) כולל טיפולי מיקרומניפולציה אשר בוצע על פי הפניה של רופא מומחה במחלקה לטיפול בלקוי פריון. למען הסר ספק מובהר כי טיפולי ההפריה לא כוללים טיפולים אלטרנטיביים ו/או תרומת ביצית ו/או תרופות ו/או זריקות ככל שהן נדרשות ו/או הקשורות בטיפולי הפריה, פוריות, פריון או לקוי פוריות.

- 5. אביזרים רפואיים:**

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לרכישת אביזר רפואי **בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר**. ההחזר כפוף להשתתפות עצמית של 20% ולא יותר

מ 4,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטוקונוס, שתל קוכולארי, מדרסים על פי מרשם רפואי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

6. תקופת אכשרה – בת 30 יום למעט לגבי סעיף 4 (טיפול פריזון), אשר לגביו תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.

פרק ז' - שיפוי בגין גילוי מחלה קשה (אופציונלי - רק לקיבוצים שרכשו כיסוי זה)

1. **מקרה הביטוח** - גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

2.1 קבוצה ראשונה

2.1.1 אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כליות.

2.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת ממגק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה.

2.1.3 מחלת כבד סופנית (שחמת) - (CIRRHOSIS) (TERMINAL LIVER DISEASE)

מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

5. צהבת.
6. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.
7. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.
8. אנצפלופתיה כבדית.
9. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפרוטלי או היפרספליזים.

2.1.4 השתלת אברים - (ORGAN TRANSPLANTATION) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לענין סחר באיברים.

2.1.5 טרשת נפוצה - (MULTIPLE SCLEROSIS)

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

2.1.6 עמילואידוזיס ראשונית - (PRIMARY AMYLOIDOSIS)

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

- 2.1.7 **תרדמת (coma)**
מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 2.1.8 **ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)** –
עדות לפגיעה משולבת בניירון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת emg אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.
האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 2.1.9 **פגיעה מוחית מתאונה (BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**
פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמנת המידה הסטנדרטיות לפגועי מח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (COMA SCALE glazgow).
- 2.1.10 **דלקת מוח (ENCEPHALITIS)**
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבטוח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
- 2.1.11 **דלקת מוח כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס. דלקת חידקית של קרום המוח (BACTERIAL MENINGITIS)**
דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבטוח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.
- 2.1.12 **מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)**
מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:
1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
- 2.1.13 **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (primary pulmonary hypertension)**
עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.
- 2.1.14 **פרקינסון (Parkinson's Disease)**
האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.

2.2.1 אוטם חריף בשריר הלב - (ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיותך ע"י הקריטריונים הבאים:

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

2.2.1.2 בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

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

2.2.2 ניתוח לב מעקפי לב (CABG) -

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

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

2.2.3 ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב - (OPEN HEART SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

2.2.4 ניתוח אבי העורקים (AORTA)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

2.2.5 קרדיומיופטיה (CARDIOMYOPATHY)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול 'New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment'.

2.2.6 שבץ מוחי (CVA)

כל ארוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לניק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. **כל זאת להוציא T1A.**

קבוצה שלישית**2.3.1 סרטן (CANCER)**

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הדוגיקין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CINI, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כסרום ממאירים.
2. מלנמה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"מ וללא אולצרציות (התכייבויות);
3. מחלות עור מסוג:

; Basal Cell Carcinoma ו- Hyperkeratosis

- מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה- AIDS ;
 5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 TNM Classification Mo No (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);
 6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000/ul$ cell lymphocytes B ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
 8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;
 9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T CELL LY.
- 2.3.2 אנמיה אפלסטית חמורה (SEVERE APLASTIC ANEMIA)**
 כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נייטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
1. עירוי מוצרי דם.
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
 4. השתלת מוח עצם.
- 2.3.3 גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח- (BENIGN BRAIN TUMOR)**
 תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת mri או ct.
- הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.**
- 2.4 קבוצה רביעית**
- 2.4.1 **שיתוק (פרפליגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
 - 2.4.2 **פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)**
 שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
 - 2.4.3 **איבוד גפיים (loss of limbs)**
 איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
 - 2.4.4 **עיוורון (blindness)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
 - 2.4.5 **כוויות קשות (severe burns)**
 כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
 - 2.4.6 **אובדן דיבור - (LOSS OF SPEECH)**
 איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
 - 2.4.7 **חירשות (deafness)**

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90DB בכל התדרים.

3. סכום הביטוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 50% מההוצאה בפועל ועד לסך 50,000 ₪ ובכפוף להמצאת קבלות, על אחת או יותר מההוצאות הרפואיות הקשורות באופן ישיר למקרה הביטוח אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי כמפורט להלן: עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

4. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:
אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:
5.1 מות המבוטח.

5.2 תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.
5.2.1 עם תשלום תקרת תגמולי הביטוח.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 30 ימים

פרק ח' - אמת שרות SLA

- תוך 30 יום מיום חתימת הפוליסה מתחייב המבטח להפיק לכל המבוטחים חוברות פוליסות בתוספת דברי הסבר על עיקרי הפוליסה עפ"י תקנות גילוי נאות, דפי מידע לעובד ולבני משפחתו, אשר מפרטים את תנאי הפוליסה החדשה, הטיפולים שמכוסים ופירוט על הליך כניסת בני משפחה לביטוח. המבטח ינפיק חוברת מידע באמצעים דיגיטאליים. טרם הפצת דפי המידע והחוברת הנ"ל על המבטח לקבל את אישור בעל הפוליסה לגבי נוסח הדברים.
- המבטח יקצה צוות שירות טלפוני מקצועי אשר יטפל במבוטחי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם וייתן מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "המוקד הטלפוני"). המוקד הטלפוני מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניית המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים.

דרישות טכניות - כתנאי סף

- מערכת CRM לניהול מוקד.
- מערכת הקלטת שיחות.

השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות.

- מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.

השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה – כתנאי סף

- הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי חברת הביטוח.
- הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
- שינוי כתובת מבוטח בהתאם לקליטת קובץ המבוטחים מאת בעל הפוליסה.
- טיפול ובירור בבעיות גביה ותשלומים.
- עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד פטירה חו"ח וכו') בהתאם לקליטת קובץ המבוטחים מאת בעל הפוליסה.

השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל – תנאי סף

- המבוטח יפנה למוקד, יקבל מהמוקד את המידע לגבי המסמכים הנדרשים לסילוק תביעתו ויתאם עם המוקד את אופן משלוח מסמכי התביעה (דואר, פקס או אי מייל)
- המבטח יפעיל שירות עדכון המבוטחים בעת פתיחת תביעה במערכות החבר/עובדה ובתנאי שהמבוטח מסר את פרטי ההתקשרות עם הגשת התביעה.
- כל מהלך בדיקת התביעה יארך 14 ימי עסקים ולא יותר מהנדרש על פי תקנות המפקח על הביטוח ליישוב תביעות. בנוסף, כל בדיקת ערעור מבוטחים, לא תארך יותר מ-14 ימי עסקים ולא יותר מהנדרש על פי תקנות המפקח על הביטוח.

התחייבות למתן שירות, אמת שירות – SLA

- מוקד השירות מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 60 שניות.
- מוקד השירות מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה למוקד השירות וזאת, תוך 24 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- מוקד השירות מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבוטח למוקד לא יעלה על 48 שעות.
- המבטח מתחייב כי עם סיום הליך בחינת הזכאות ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו למוקד ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 14 ימים.

לברורים, סיוע בהגשת תביעה והצטרפויות,
יש לפנות לאחראי ביטוח הבריאות בכל קיבוץ
בנושא תפעול יש לפנות לנציג תפעול במשרדי הקיבוץ הדתי
טלפון: 03-6072706 דוא"ל: briut@kdati.org.il

לברורים ושאלות בנושאים מקצועיים, ניתן לפנות
ליועץ הביטוח מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ
טלפון: 09-7655326 / דוא"ל: info@mic.co.il

במקרה של תביעה, בירורים ושאלות ניתן
לפנות למוקד **fnx** *3455 | 03-7332222



במציאות כמו שלנו, **תבדוק שיש לך הפניקס.**

פניקס חברה לביטוח בע"מ. משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | www.fnx.co.il | infom@fnx.co.il