עובדי רשות הטבע והגנים
ובני משפחותיהם
2013 - 2022



ביטוח בריאות קבוצתי

רשות הטבע והגנים www.parks.org.il

חטיבת משאבי אנוש

עובדים יקרים,

בריאות היא ללא ספק אחד הדברים החשובים ביותר בחיים. כולם רוצים להיות בריאים ולהאריך ימים, אף אחד מאיתנו לא יודע מה יילד יום. לפעמים, ביום אחד הכל יכול להשתנות בעקבות בעיות בריאות שונות ולכן כדאי להיות ערוכים לכל שינוי שכזה, אם חלילה יתרחש.

חוסנה של רשות הטבע והגנים הלאומיים התבסס מאז ומעולם על קבוצת העובדים המרכיבים אותה לאור זאת, הרשות רואה חובה לעשות כל שניתן למען בריאותו של העובד ומשפחתו.

אנו שמחים להציג בחוברת שלפניכם את תוכנית הביטוח המורחבת החדשה שמשלבת מספר רבדים של כיסוי ביטוחי מרבי לעובדים ובני משפחותיהם לאחר תהליך ארוך, בו נבחנה פוליסת הביטוח הקיימת על ידי יועץ ביטוח מיוחד שנשכר על ידי הרשות. הביטוח החדש והמשופר מעניק למבוטחים כיסוי רחב ביותר בכל תחומי הרפואה: החל מכיסוי לניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות בחו"ל, כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות ועוד. בנוסף מעניקה הפוליסה גם כיסוי למקרה סיעוד עד 31.12.2017. התוכנית נועדה להבטיח לך ולבני משפחתך כיסוי מירבי בעת הצורך.

את דמי הביטוח החודשיים בגין הרובד הבסיסי עבור העובד תשלם הרשות. דמי ביטוח בגין הצטרפות בני משפחה והרחבות בפוליסה יהיו ע"ח העובד.

בחוברת זו תמצא/י מידע מפורט על הכיסוי הביטוחי בתוכנית, והסבר כיצד עליך לנהוג במקרה של תביעה.

עובדים המעוניינים לקבל מידע נוסף או לצרף בני משפחה לתוכנית, מוזמנים לפנות למוקד שירות לקוחות של תמורה סוכנות לביטוח, מחלקת בריאות, טל: 077-2226099 או 6099 * פקס: 077-2226098, דוא"ל sherut@tmu.co.il, שעות פעילות: ימים א'-ה', 08:30- 16:00, או לאילנה משעלי מנהלת רווחה בחטיבת משאבי אנוש במטה הרשות, טל: 02-5006258, פקס: 02-6542536, דוא"ל ilanam@npa.co.il .

אנו רוצים להודות לכל מי שנטל חלק בתהליך זה ובכלל לוועד העובדים על מנת להביא לכם את פוליסת הבריאות המשופרת.

אנו מקווים כי לא תזדקק/י לשירותים הרחבים והמקצועיים שהפוליסה מעניקה, אולם מתחייבים כי בידיכם כיסוי ביטוחי איכותי במקרה הצורך.

בברכה בריאות טובה,

יצחק גרוסמן
מנהל חטיבת כספים

מירב בניסטי
מנהלת חטיבת משאבי אנוש

רח' עם ועולמו 3, גבעת שאול 95463, ירושלים טל': 02-5005451, פקס: 02-5006277
(הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומיים)
u.enosh@nature-parks.org.il

תוכן העניינים

שם הפרק	עמ'
גילוי נאות	3
מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות?	16
מה עושים במקרה תביעה בתחום הסיעוד?	18
הסכם ביטוח בריאות קבוצתי	19

גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

א. כללי

1.	**שם הפוליסה**	**הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומיים**
2.	**בעל הפוליסה**	**הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומיים**
3.	**הכיסויים בפוליסה**	**<u>לעובדים קבועים:</u>** **<u>הרובד הבסיסי:</u>** • השתלות בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם; • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – כמפורט בפרק ב' בנספח 1 להסכם; • כיסוי ניתוחים מורחב וטיפולים מחליפי ניתוח – כמפורט בפרק ז' בנספח 1 להסכם; • ייעוץ בגין מחלות קשות – כמפורט בפרק ד' בנספח 1 להסכם; • ביטוח סיעודי – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017); • כתבי שירות – רופא עד הבית, רפואה משלימה, כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, לחיות בריא – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם); **<u>הרובד המורחב:</u>** • שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ו' בנספח 1 להסכם; • הרחבת הביטוח הסיעודי – כמפורט בפרק ח' בנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);

		<u>לעובדים יומיים:</u> **<u>הרובד הבסיסי:</u>** • השתלות בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם; • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לנספח 1 להסכם; • כיסוי ניתוחים משלים שב"ן וכיסוי ניתוחים נבחרים בחו"ל - כמפורט בפרק ג' לנספח 1 להסכם; • ייעוץ בגין מחלות קשות - כמפורט בפרק ד' לנספח 1 להסכם; • ביטוח סיעודי - כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017); • כתב שירות – רופא עד הבית, רפואה משלימה, כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, לחיות בריא – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם); **<u>הרובד המורחב:</u>** • שירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ו' לנספח 1 להסכם; • כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, שירותים נלווים לניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח - כמפורט בפרק ז' לנספח 1 להסכם; • הרחבת הביטוח הסיעודי - כמפורט בפרק ח' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);
4.	**משך תקופת הביטוח**	מיום 31.12.2013 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.12.2022, למעט הביטוח הסיעודי שיסתיים ביום 31.12.2017. בעל הפוליסה זכאי לקצר את תקופת הביטוח במידה ושיעור התאמת הפרמיה שיידרש על ידי המבטח לא יהיה מקובל עליו, כמפורט בסעיף 9 להסכם. בנוסף, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את ההסכם בכל עת, כמפורט בסעיף 4.3 להסכם. תינתן זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם, בהתאם להוראות סעיף 5.4 להסכם.
5.	**תנאים לחידוש אוטומטי**	אין.
6.	**תקופת אכשרה**	60 יום למעט מקרים הקשורים להריון, בדיקת הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון בהם תקופת האכשרה תהיה 270 יום.

7.	**תקופת המתנה**	• 60 יום בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוטחים בגיל 21-65) - פרק ג'- כיסוי ניתוחים משלים שב"ן וניתוחים נבחרים בחו"ל. • 60 יום בגין מקרה סיעוד - פרק ה' - ביטוח סיעודי. • 60 יום בגין אובדן כושר עבודה כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למובטחים בגיל 21-65) - פרק ז' - כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, כיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח. • 60 חודשים בגין מקרה סיעוד - פרק ח' - הרחבת הביטוח הסיעודי לכל החיים.
8.	**השתתפות עצמית**	• פרק ב' - "כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות": 200 ₪ למרשם לחודש. • פרק ג' - "כיסוי ניתוחים משלים שב"ן וניתוחים נבחרים בחו"ל": 2,500 ₪ למקרה ביטוח למבוטח שאין ברשותו שב"ן, 20% בגין חו"ד שנייה בפתולוגיה ו-20% בגין טיפולי פיזיותרפיה לאחר אשפוז. • פרק ו' - "שירותים אמבולטוריים": 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה, 20% בגין בדיקות אבחנתיות, 25% בגין בדיקות הריון, 20% בגין טיפולי פיזיותרפיה . • פרק ז' - "כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, כיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח" - 20% בגין חו"ד שנייה בפתולוגיה ו-20% בגין טיפולי פיזיותרפיה לאחר אשפוז.

ב. שינוי תנאים

9.	**שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם**	**לא ניתן**

ג. פרמיות

10. גובה הפרמיה

<u>הפרמיה עבור העובדים הקבועים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי עד ליום 28.02.2017 הינה כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א', ב', ד', ה', ז'
עובד/ת	52 ₪
בן/בת זוג	52 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	52 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי**

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

<u>הפרמיה עבור העובדים הקבועים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי החל מיום 01.03.2017 הינה כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א', ב', ד', ה', ז'
עובד/ת	57.00 ₪
בן/בת זוג	57.00 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	57.00 ₪

<u>* ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי</u>

<u>* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'</u>

* יובהר כי החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם במועד יתווספו להסכם פרק ה' - כתבי השירות: כתב שירות רופא עד הבית, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים, כתב שירות לחיות בריא, ודמי הביטוח לעובד/ת, לבן/ בת זוג וילד מעד גיל 21 בגין פרק כתבי השירות כך שדמי הביטוח החודשיים יחזרו להיות כפי שהיו עד ליום 28.2.2017.

<u>הפרמיה עבור העובדים הקבועים ב- ₪ בגין הרובד המורחב הינה כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ו' - שירותים אמבולטוריים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ח' – הרחבת הכיסוי הסיעודי לכל החיים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)
עובד/ת	10 ₪	14 ₪
בן/בת זוג	10 ₪	14 ₪
ילד עד גיל 21	3 ₪	אינו מבוטח
ילד מעל גיל 21	10 ₪	14 ₪

***ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך – חינם בגין הרובד המורחב (פרק ו')**

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

<u>הפרמיה עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי עד ליום 28.02.2017 הינה כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א'-ה'
עובד/ת	42 ₪
בן/בת זוג	42 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	42 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח הסיעודי**

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

הפרמיה עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי החל מיום 01.03.2017 הינה כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א'-ה'
עובד/ת	47.00 ₪
בן/בת זוג	47.00 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	47.00 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי**

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

* יובהר כי החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם במועד יתווספו להסכם פרק ה' - כתבי השירות: כתב שירות רופא עד הבית, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים, כתב שירות לחיות בריא, ודמי הביטוח לעובד/ת, לבן/ בת זוג וילד מעד גיל 21 בגין פרק כתבי השירות כך שדמי הביטוח החודשיים יחזרו להיות כפי שהיו עד ליום 28.2.2017.

הפרמיה עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד המורחב הינה כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ו' - שירותים אמבולטוריים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ז' - כיסוי ניתוחים מורחב (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ח' – הרחבת הכיסוי הסיעודי לכל החיים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)
עובד/ת	10 ₪	10 ₪	14 ₪
בן/בת זוג	10 ₪	10 ₪	14 ₪
ילד עד גיל 21	3 ₪	0 ₪	אינו מבוטח
ילד מעל גיל 21	10 ₪	10 ₪	14 ₪

* ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם בגין הרובד המורחב (פרקים ו' ו/או ז')

***** הפרמיה לילדים עד גיל 21 של עובד יומי עבור פרק ז' – כיסוי ניתוחים תהיה 0 ₪, בכפוף לכך שאחד מהורי הילד מבוטחים ברובד המורחב.

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

11.	**מבנה הפרמיה**	הפרמיה לעובד/ת ולבן בת זוג – קבועה כמפורט בסעיף 10 וצמודה למדד. הפרמיה לילד – משתנה בהתאם לגילו כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
12.	**שינוי הפרמיה במהלך תקופת ההסכם**	כמפורט בסעיף 9 בהסכם.

ד. תנאי ביטול

13.	**תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח**	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.
14.	**תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח**	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין וההסכם.

ה. חריגים

15.	**החרגה בגין מצב רפואי קיים**	1. כמפורט בסעיף 16 להסכם. 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.
16.	**סייגים לחבות המבטח**	כמפורט להלן: 1. סעיפים 15 ו- 21 להסכם. 2. סעיפים 5 ו- 7 בפרק ב' בנספח 1 להסכם. 3. סעיף 12 בפרק ג' בנספח 1 להסכם. 4. סעיף 4 בפרק ה' בנספח 1 להסכם. 5. סעיף 5 בפרק ו' בנספח 1 להסכם. 6. סעיפים 7 ו-8.6 בפרק ז' בנספח 1 להסכם.

17. פרק ה' - ביטוח סיעודי (למבוטחים מעל גיל 21) – עד ליום 31.12.2017	
הגדרת מקרה ביטוח	1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות; 2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "**תשישות נפש**" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.
משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח	עד 36 חודשים
סוג תגמולי הביטוח	פיצוי
סכום הביטוח	4,300 ₪ לאחר תקופת המתנה בת 60 יום.
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.
סקאלת הפרמיה	הפרמיה קבועה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.
זכויות המבוטח בגין העלאת הפרמיה	אין
קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין
שחרור מתשלום הפרמיה	קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
ערך מסולק	אין
תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין
המשכיות	כמפורט בסעיף 5.4 להסכם.

חלק ב' - תמצית הכיסויים

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
מסלול השיפוי				
השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבוטח - שיפוי מלא. **השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם מבוטח -** עד 3,584,000 ₪. **השתלת לב מלאכותי** (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית) - עד 896,000 ₪.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
טיפול מיוחד בחו"ל - עד סכום של 537,600 ₪ .	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<u>גמלת החלמה בעקבות השתלה</u> לאחר השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב - פיצוי חודשי בסך 9,000 ₪ למשך 24 חודשים. לאחר השתלת כליה, כליה-לבלב ומוח עצמות מגופו של תורם אחר ותאי גזע מדם טבורי של תורם אחר - פיצוי חודשי בסך 4,500 ₪ למשך 12 חודשים. ילד עד גיל 21 יקבל מחצית הגמלה. נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו.	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים				

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
מקרה הביטוח – כמפורט בסעיף 2 בפרק ב' להסכם. הכיסוי יינתן עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות הכרוך במתן התרופה עד 215 ₪ ליום ועד 45 יום.	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
פרק ג'- כיסוי ניתוחים משלים שב"ן בארץ וניתוחים נבחרים בחו"ל				
הניתוחים המכוסים				
בארץ – כל הניתוחים. בחו"ל - ניתוחים נבחרים, כמפורט בסעיף 1.34 לפרק ההגדרות בנספח 1 להסכם. מבוטח אשר אין ברשותו שב"ן – הכיסוי כפוף להשתתפות עצמית בסך 2,500 ₪ לכל מקרה ביטוח.	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ובחו"ל				
בארץ – כל הניתוחים. בחו"ל - ניתוחים נבחרים, כמפורט בסעיף 1.34 לפרק ההגדרות בנספח 1 להסכם.	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
קיים	שיפוי	נדרש	מוסף	יש
הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				
פרק ד' - ייעוץ בגין גילוי מחלות קשות				
עד שני ייעוצים - אצל רופא מומחה שבהסכם עם המבטח שיפוי מלא. אצל רופא אחר – עד לגבול אחריות של 715 ₪ בגין כל ייעוץ.	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

פרק ה' - ביטוח סיעודי (למבוטחים מעל גיל 21) – עד ליום 31.12.2017	
הגדרת מקרה ביטוח	1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות; 2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "**תשישות נפש**" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.
משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח	עד 36 חודשים
סוג תגמולי הביטוח	פיצוי
סכום הביטוח	4,300 ₪ לאחר תקופת המתנה בת 60 יום.
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.
קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין
שחרור מתשלום הפרמיה	קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
ערך מסולק	אין
תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ו' - שירותים אמבולטוריים				
1. **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח** - עד 800 ₪ להתייעצות ועד 2 התייעצויות לשנת ביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. 2. **בדיקות רפואיות אבחנתיות** - עד 2,800 ₪ לכל הבדיקות בשנה למעט MRI, ועד 4,500 ₪ לבדיקת MRI בשנה, כפוף להשתתפות עצמית של 20% לכל בדיקה. 3. **בדיקות הריון** - כיסוי עד 2,700 ₪ לכל הבדיקות בכל הריון ובהשתתפות עצמית של 25% לבדיקה. **במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.** 4. **טיפולי פיזיותרפיה** - עד 190 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח, כפוף להשתתפות עצמית של 20%. 5. **טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה** - עד 8,500 ₪ בשנת ביטוח. 6. **חוות דעת רפואית שנייה בחו"ל** - עד סכום של 4,500 ₪. 7. **עזרה ראשונה לכאבי שיניים** - בגין הטיפולים הבאים: 1. עצב מודלק. 2. ניקוז מורסה משן נגועה. 3. מתן מרשם לשיכוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית. 4. פפליטוס עקב דחיסת מזון. 5. דלקת חניכיים חריפה עם כאבים. 6. פריקורוניטיס. 7. הורדת נקודת לחץ של תותבת. לכל אחד מטיפולי החירום - עד 100 ₪. לאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים - עד 200 ₪. **עד 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.**	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ז' - כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, כיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח				
הניתוחים המכוסים				
כל הניתוחים	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ובחו"ל				
בארץ ובחו"ל	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח				
קיים	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				
טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח				
עד הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול אצל ספק שירות שבהסכם, או עד סכום של 150,000 ₪, לפי הנמוך.	שיפוי	נדרש	מוסף/ תחליפי	יש
ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים, הנהוגים אצל המבטח באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.				

פרק ח' - הרחבת הביטוח הסיעודי לכל החיים (למבוטחים מעל גיל 21) ***הרחבה לפרק ה', בתוספת פרמיה* – עד ליום 31.12.2017**	
הגדרת מקרה ביטוח	1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מהפעולות כאשר אחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים: לקום ולשכב; להתלבש להתפשט; להתרחץ; לאכול ולשתות; לשלוט על הסוגרים; ניידות; 2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" כמוגדר בהסכם ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.
משך תקופת תשלום תגמולי ביטוח	לכל החיים
סוג תגמולי הביטוח	פיצוי
סכום הביטוח	4,300 ₪ לאחר תקופת המתנה של 60 חודשים
תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית זהים לתגמולי הביטוח עבור טיפול במוסד.
קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	אין
שחרור מתשלום הפרמיה	קיים במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.
ערך מסולק	אין
תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח	אין

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.12.2010, 11,664 נק'.

התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה המלאים.

- ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

יצוין כי הגדרות אלו תקפות ליום פרסומן.

אופן הגשת תביעה בתחום הבריאות

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, ראשית עליך לפנות למחלקת הבריאות בסוכנות תמורה בטל' 077-2226099 שלוחה 3 או בדואר אלקטרוני: Health@Tmu.co.il .

ניתן גם לפנות למוקד שירות הלקוחות של כלל ביטוח בטלפון: 03 -6388400 או 5590*.

אם בחרת את המנתח ו/או בית חולים מראש, יש להעביר למוקד שירות הלקוחות את שם הרופא המנתח ופירוט לגבי סוג הניתוח שאמור להתבצע על גבי טופס אותו ניתן לקבל ע"י מוקד שירות הלקוחות אשר ימולא וייחתם על ידי הרופא הממליץ.
כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת הביטוח, באתר האינטרנט: www.clal.co.il .

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות של "כלל ביטוח" לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים, הנהוגים אצל המבטח באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום הכספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח.
התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת הביטוח תוך 24 שעות.

המבוטח ימסור לחברת הביטוח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

1. לצורך הגשת תביעה בגין השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :

1.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).

1.2. הפניה לניתוח - מילוי טופס תביעה.

1.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:

2.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.

2.2. מכתב שחרור מביה"ח.

2.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות:

3.1. סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).

3.2. מילוי טופס תביעה.

3.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתי מטופל אצלו, וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3.4. מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.

3.5. קבלות מקוריות.

אופן הגשת תביעה בתחום הסיעודי

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, ראשית עליך לפנות למחלקת הבריאות בסוכנות תמורה בטל" 077-2226099 שלוחה 3 או בדואר אלקטרוני: Health@Tmu.co.il .

ניתן גם לפנות למוקד שירות הלקוחות של כלל ביטוח בטלפון: 03 -6388400 או 5590*.

מסמכים שיש להמציא בעת תביעה:

☒ טופס תביעה בתחום הסיעודי (שימולא ע"י המבוטח) - הטופס כולל כתב ויתור על סודיות רפואית (וס"ר), המתיר לכל רופא ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

☒ דו"ח הערכה תפקודית של המבוטח, שימולא ע"י הרופא המטפל של המבוטח.

לתשומת ליבך!

1. **שאלון הערכה תפקודית ימולא על ידי הרופא המטפל בלבד.**
2. **התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח.**
3. **אין לחתום על טופס התחייבות מכל סוג שהוא ללא אישור חברת הביטוח.**

הסכם ביטוח בריאות וסיעוד קבוצתי

1. מבוא

1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.

1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. המבוטחים

2.1. **מבוטחים קיימים**: עובדי בעל הפוליסה ובני זוגם וילדיהם, אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם שהסתיים ביום 30.12.2013 (להלן: "**ההסכם הקודם**" או "**הסכם הביטוח הקודם**") ברצף עד מועד תחילת תקופתו של הסכם זה (להלן: **"מבוטחים קיימים"**), בכפוף לאופן ההצטרפות כמפורט בסעיף 5.3.1 להלן, ובתנאי ששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו- 7 שלהלן.

2.2. **מבוטחים חדשים**: עובדים אצל בעל הפוליסה ובני זוגם וילדיהם אשר במועד הצטרפותם להסכם זה גילם אינו עולה על 70 שנה, אשר **לא** היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם, בתנאי שניתן אישורו בכתב של המבטח להצטרפותם לביטוח עפ"י ההסכם, בכפוף לאופן ההצטרפות כמפורט בסעיף 5.3.2 להלן וביצוע תשלום ראשון בגין דמי הביטוח, ובתנאי ששמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו - 7 שלהלן.

2.3. יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו תצהירים בכתב כולל תלוש שכר של בעל הפוליסה והמבוטח המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה עקב איזו מהסיבות דלעיל.

2.4. גיל המבוטח לעניין הסכם זה יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. 6 חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.

2.5. צירוף מבוטח:

2.5.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד **או** לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

2.5.2. האמור בסעיף 2.5.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

א. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

ב. 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.

2.6. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.5 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

3. <u>פירוט הכיסויים והשירותים בביטוח:</u>

3.1 פירוט הכיסויים בביטוח:

<u>לעובדים קבועים:</u>

<u>הרובד הבסיסי:</u>

השתלות בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם;

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות – כמפורט בפרק ב' בנספח 1 להסכם;

כיסוי ניתוחים מורחב וטיפולים מחליפי ניתוח – כמפורט בפרק ז' בנספח 1 להסכם;

ייעוץ בגין מחלות קשות – כמפורט בפרק ד' בנספח 1 להסכם;

ביטוח סיעודי – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);

כתבי שירות – רופא עד הבית, רפואה משלימה, כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, לחיות בריא – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם);

<u>הרובד המורחב:</u>

שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ו' בנספח 1 להסכם;

הרחבת הביטוח הסיעודי – כמפורט בפרק ח' בנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);

<u>לעובדים יומיים:</u>

<u>הרובד הבסיסי:</u>

השתלות בחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל - כמפורט בפרק א' לנספח 1 להסכם;

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - כמפורט בפרק ב' לנספח 1 להסכם;

כיסוי ניתוחים משלים שב"ן וכיסוי ניתוחים נבחרים בחו"ל - כמפורט בפרק ג' לנספח 1 להסכם;

ייעוץ בגין מחלות קשות - כמפורט בפרק ד' לנספח 1 להסכם;
ביטוח סיעודי - כמפורט בפרק ה' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);
כתבי שירות – רופא עד הבית, רפואה משלימה, כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, לחיות בריא – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם (החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם);

<u>הרובד המורחב:</u>
שירותים אמבולטוריים - כמפורט בפרק ו' לנספח 1 להסכם;
כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, שירותים נלווים לניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח - כמפורט בפרק ז' לנספח 1 להסכם;
הרחבת הביטוח הסיעודי - כמפורט בפרק ח' לנספח 1 להסכם (עד ליום 31.12.2017);

3.2 רשימת גבולות אחריות המבטח:
כמפורט בנספח 2 להסכם זה.

4. <u>תקופת הסכם הביטוח</u>

4.1. תקופת הסכם הביטוח תהיה 9 שנים שתחילתן ביום 31.12.2013 וסיומן ביום 31.12.2022, למעט הביטוח הסיעודי שיסתיים ביום 31.12.2017 (להלן: "**תקופת הסכם הראשונה**").

4.2. מבוטל.

4.3. למרות האמור לעיל, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את ההסכם בכל עת, בכפוף להודעה למבטח בכתב ומראש של 60 יום.

5. <u>הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו</u>

5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, על כל נספחיו, לגבי כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המאוחר מבין התאריכים הבאים :

(א) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים.

(ב) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישורו של המבטח בכתב להצטרפותו של המבוטח לביטוח עפ"י ההסכם, לאחר שהמבוטח הגיש בקשה להצטרפות בצירוף מילוי הצהרת בריאות וחיתום (אם נדרש לפי סעיף 5.3 שלהלן), ולאחר ביצוע תשלום ראשון של דמי הביטוח.

(ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :

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

(ב) יום תום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.

למען הסר ספק, הסכם זה לא יפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5.3. אופן ההצטרפות לביטוח

5.3.1. **מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 להסכם** לא יידרשו במילוי הצהרות בריאות וחיתום עבור **<u>הרובד הבסיסי</u> (**לעובדים יומיים פרקים א' עד ה' בנספח 1 להסכם, לעובדים קבועים פרקים א', ב', ד', ה', ז'**)** וזאת בתנאי כי הינם עוברים ברצף מהסכם הביטוח הקודם לביטוח זה במועד תחילתו של הסכם זה. הצטרפותם של מבוטחים אלו לאחר מועד תחילתו של הסכם זה תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.
הצטרפות מבוטחים אלו **<u>לרובד המורחב</u>** (לעובדים יומיים - פרקים ו' עד ח', לעובדים קבועים פרקים ו', ח') תהא בכפוף למילוי טופס בקשה להצטרפות לביטוח והצהרת בריאות, ובכפוף לאישור המבטח בכתב לקבלתם לרובד זה עפ"י תנאי ההסכם.
צירוף וביטוח של מינימום 90% מתוך עובדי בעל הפוליסה הזכאים למימון הביטוח הקבוצתי ע"י בעל הפוליסה במהלך כל תקופת הביטוח הינו תנאי מהותי להסכם זה.

5.3.2. **הצטרפות מבוטחים חדשים כהגדרתם בסעיף 2.2 להסכם לרובד הבסיסי**, (לעובדים יומיים פרקים א' עד ה' בנספח 1 להסכם, לעובדים קבועים פרקים א', ב', ד', ה', ז') תהא ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, בתנאי כי הינם מצטרפים 1בתוך 90 יום מועד זכאות העובד/ת לפי בעל הפוליסה, לפי המאוחר מביניהם, <u>בכפוף להסכמתם בכתב</u>. הצטרפותם של מבוטחים אלו לאחר מועדים אלו תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום. הצטרפות מבוטחים אלו **לרובד המורחב** (לעובדים יומיים - פרקים ו' עד ח', לעובדים קבועים פרקים ו', ח') תהא בכפוף למילוי טופס בקשה להצטרפות לביטוח והצהרת בריאות, ובכפוף לאישור המבטח בכתב לקבלתם לרובד זה עפ"י תנאי ההסכם.

5.3.3. תינוק שנולד יהיה כשיר להיות מבוטח ובלבד שחלפו 15 יום ממועד הולדתו או 15 יום לאחר ששוחרר מבית החולים בו נולד, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הנ"ל. בכל מקרה הורה התינוק יגיש למבטח בקשה לצירוף התינוק לביטוח בצירוף תעודות רפואיות על מצבו הרפואי של התינוק והתינוק יצורף להסכם זה רק לאחר מתן אישור בכתב על כך מאת המבטח.

5.3.4. **למען הסר ספק יובהר כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון הפרמיה לפני שניתנה הסכמת המבטח לבטח את המועמד לביטוח, לא תחשב קבלת הכספים בידי המבטח כהסכמת המבטח לצירוף המבוטח לביטוח.**

5.3.5. בלא לגרוע מהוראות הסכם זה לעיל, פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5.4. זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:

המשכיות לפוליסת בריאות פרטית אצל המבטח

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר, או בתום הביטוח מפאת עזיבת קבוצת המבוטחים לרבות מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה לפני מועד הפסקת הביטוח, או חלקם (שהביטוח לא חודש עבורם), יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וללא הוכחת בריאות מחודשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף זהה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה (לפי בחירת המבוטח) בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בתוכניות הביטוח הפרטיות של המבטח הדומות ביותר לכיסויים שבהסכם זה ובלבד שהצטרף לביטוח הפרטי תוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 25% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו למשך שלוש (3) שנות הביטוח הראשונות.

להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

המשכיות לפוליסת סיעוד פרטית אצל המבטח

בתום ההסכם, אם ההסכם לא חודש אצל מבטח אחר (לגבי כלל המבוטחים או חלק מהם), או בתום הביטוח מפאת סיום היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה או סיום תקופת הביטוח של המבוטח, לרבות מפאת גירושין או פטירת בן/בת הזוג, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת הסכם זה לפני מועד הפסקת הביטוח, בין אצל המבטח ובין אצל מבטח אחר, יהיו זכאים להצטרף ללא תקופת אכשרה וברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) לאחת מתכניות ביטוח הסיעוד הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בסכום ביטוח ותקופת תשלום הקבועים בפוליסה זו (או פחות, לפי בחירת המבוטח), בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בביטוח הסיעודי הפרטי (להלן: "**הביטוח הסיעודי הפרטי**") ובלבד שהמבוטח הצטרף לביטוח הסיעודי הפרטי תוך 90 יום ממועד הודעת המבטח, ובמקרה של גירושין - תוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה, וכל זאת בתנאי שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי פוליסה זו במועד המעבר לביטוח הסיעודי הפרטי. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות הסיעוד הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

למרות האמור לעיל, לגבי מבוטח אשר במועד שבו הביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או לא התחדש לגביו, היה זכאי לקבל תגמולי ביטוח סיעודיים לפי תנאי הסכם זה - פנייתו של המבטח למבוטח תהיה לאחר שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח, ובה יציע המבטח למבוטח לעבור לפוליסת סיעוד פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח, ובלבד שאותו מבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לפי ההסכם הקבוצתי ואינו זכאי להמשיך להיות מבוטח בהסכם קבוצתי זה.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.
מבוטח שהצטרף לביטוח בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 20% מגובה דמי הביטוח (פרמיה) המקובלים באותה עת לגילו בביטוח הפרטי למשך שלוש שנות הביטוח הראשונות.
להסרת ספק, יובהר, כי ייתכן והמעבר לביטוח הפרטי יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

6. <u>תשלום בעת תביעה</u>

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המירבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם, בכפוף להוראות ההסכם והנספחים המצורפים לו כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם לסעיף 7 להלן.

7. <u>הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות</u>

7.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

7.1.1. כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

7.1.2. והוא: מעביד - לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.

7.1.3. כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ארבעה חודשים מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא.

7.1.4. ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

7.2. בלא לגרוע מן האמור לעיל, עם תחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח רשימה בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם ומספרי הטלפון שלהם.

7.3. לא יאוחר מ - 15 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה למבטח בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח שיכללו את שמותיהם, תאריכי לידתם, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריך הצטרפותם לביטוח, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם ומספרי הטלפון שלהם, וכן את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם עקב פרישה מהקולקטיב.
יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח וזאת ללא צורך במשלוח הודעה או התראה לאותו מבוטח על ביטול הפוליסה שברשותו.

7.4. **למען הסר ספק, מועמדים לבטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, כאמור בהסכם זה לעיל, לא יחשבו מבוטחים על פי ההסכם הקולקטיבי עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמד לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם.**

8. <u>דמי ביטוח (פרמיות), מתן מסמכים והודעות למבוטחים</u>

8.1. **<u>דמי הביטוח עבור העובדים הקבועים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי עד ליום 28.02.2017 הינם כדלקמן:</u>**

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א', ב', ד', ה', ז'
עובד/ת	52 ₪
בן/בת זוג	52 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	52 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי**

<u>הפרמיה עבור העובדים הקבועים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי החל מיום 01.03.2017 הינה כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א', ב', ד', ה', ז'
עובד/ת	57.00 ₪
בן/בת זוג	57.00 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	57.00 ₪

*** <u>ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי</u>**

<u>* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'</u>

* יובהר כי החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם במועד יתווספו להסכם פרק ה' - כתבי השירות: כתב שירות רופא עד הבית, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים, כתב שירות לחיות בריא, ודמי הביטוח לעובד/ת, לבן/ בת זוג וילד מעד גיל 21 בגין פרק כתבי השירות כך שדמי הביטוח החודשיים יחזרו להיות כפי שהיו עד ליום 28.2.2017.

דמי הביטוח עבור העובדים הקבועים ב- ₪ בגין הרובד המורחב הינם כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ו' שירותים אמבולטוריים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ח' הרחבת הכיסוי הסיעודי לכל החיים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)
עובד/ת	10 ₪	14 ₪
בן/בת זוג	10 ₪	14 ₪
ילד עד גיל 21	3 ₪	אינו מבוטח
ילד מעל גיל 21	10 ₪	14 ₪

*ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך – חינם בגין הרובד המורחב (פרק ו')

דמי הביטוח עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי עד ליום 28.02.2017 הינם כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א'-ה'
עובד/ת	42 ₪
בן/בת זוג	42 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	42 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח הסיעודי**

הפרמיה עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד הבסיסי החל מיום 01.03.2017 הינה כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין הרובד הבסיסי פרקים א'-ה'
עובד/ת	47.00 ₪
בן/בת זוג	47.00 ₪
ילד עד גיל 21	חינם
ילד מעל גיל 21	47.00 ₪

*** ילד עד גיל 21 אינו מבוטח בביטוח סיעודי**

* הפרמיה צמודה למדד מיום 15.12.2010, שהינו 11,664 נק'

* יובהר כי החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי, במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם במועד יתווספו להסכם פרק ה' - כתבי השירות: כתב שירות רופא עד הבית, שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי, יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים, כתב שירות לחיות בריא, ודמי הביטוח לעובד/ת, לבן/ בת זוג וילד מעד גיל 21 בגין פרק כתבי השירות כך שדמי הביטוח החודשיים יחזרו להיות כפי שהיו עד ליום 28.2.2017.

<u>דמי הביטוח עבור העובדים היומיים ב – ₪ בגין הרובד המורחב הינם כדלקמן:</u>

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ו' - שירותים אמבולטוריים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ז' - כיסוי ניתוחים מורחב (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)	דמי הביטוח החודשיים ב ₪ בגין פרק ח' – הרחבת הכיסוי הסיעודי לכל החיים (בכפוף למילוי הצהרת בריאות)
עובד/ת	10 ₪	10 ₪	14 ₪
בן/בת זוג	10 ₪	10 ₪	14 ₪
ילד עד גיל 21	3 ₪	0 ₪	אינו מבוטח
ילד מעל גיל 21	10 ₪	10 ₪	14 ₪

* ילד שלישי (עד גיל 21) ואילך - חינם בגין הרובד המורחב (פרקים ו' ו/או ז')

* הפרמיה לילדים עד גיל 21 של עובד יומי עבור פרק ז' – כיסוי ניתוחים מורחב – תהיה 0 ₪, בכפוף לכך שאחד מהורי הילד מבוטחים ברובד המורחב.

בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים ברובד הבסיסי ויגבה את תשלום דמי הביטוח עבור העובדים המבוטחים ברובד המורחב ובני משפחותיהם המבוטחים בכל רבדי הביטוח, <u>בהסכמת העובד</u>, משכר העובד.

8.2. דמי הביטוח ישולמו למבטח כל חודש על ידי בעל הפוליסה במרוכז עד ה - 15 בכל חודש בגין החודש הקודם. **גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור כל המבוטחים על ידי בעל הפוליסה הינה תנאי מהותי להסכם זה.**

8.3. דמי הביטוח ישולמו עפ"י מכפלת מס' המבוטחים בפוליסה בסכומים הנקובים בסעיף 8.1 לעיל.

8.4. עובדת אצל בעל הפוליסה ובני משפחתה המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 בתנאי שבמהלך חופשת הלידה שמם מופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או מראש, טרם יציאת העובד/ת לחופשת הלידה.

8.5. בהגיע ילד של עובד לגיל 21 שנה, תיגבה בגינו פרמיה של מבוטח בוגר, אלא אם הוגשה למבטח בקשה בכתב לסיום הביטוח עבורו. למען הסר ספק, הפרמיה בגין ילד בוגר תשולם בגבייה מרוכזת.

8.6. מתן מסמכים למבוטח:

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

בסעיף זה "**חידוש ביטוח**" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

8.6.2. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

8.6.3. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

8.7. מתן הודעות למבוטח:

8.7.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן: "**מועד תחילת השינוי**"), ימסור המבטח למבוטח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
לעניין זה: "**שינוי בדמי הביטוח**" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.
"**שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי**" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.

8.7.2. 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 למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

9. <u>התאמת דמי הביטוח</u>

9.1. בתאריך 01.02.2014 ייבחנו התוצאות העסקיות של הביטוח הקבוצתי בגין התקופה מיום 01.02.2011 ועד ליום 31.01.2014 (להלן: "**תקופת החישוב**"), בהתאם לנתונים העדכניים ביותר הנמצאים אצל המבטח במועד זה, בהתאם לנוסחה שלהלן:
כ"**הכנסות**" יוגדרו 70% מדמי הביטוח אשר שולמו למבטח עבור תקופת החישוב כשהם משוערכים למדד.
כ"**הוצאות**" יוגדרו תביעות משולמות ותלויות בגין אירועים ביטוחים בתקופת החישוב לרבות IBNR עבור תקופת החישוב כשהם משוערכים למדד.
המבטח יעביר לבעל הפוליסה את הנתונים הנדרשים לחישוב.
במידה והוצאות עולות על ההכנסות, תבוצע התאמת פרמיה באופן בו הפרמיה תעודכן בשיעור עליית ההוצאות על ההכנסות, ובתוספת נוספת של עד 50%, החל מתאריך 01.02.2014 ואילך. בעל הפוליסה יהא זכאי לסיים את ההסכם במועד ההתאמה במידה ושיעור ההתאמה המבוקש על ידי המבטח לא יהא מקובל עליו.

9.2. בנוסף לאמור לעיל, המבטח יהא רשאי לבצע התאמת פרמיה בתאריכים 01.02.2017 ו- 01.02.2020, בהתאם לנוסחה כמפורט להלן:

9.2.1. המבטח יהא רשאי לבצע התאמת פרמיה במידה ויתברר כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם להלן, במהלך תקופת החישוב כמפורט להלן.

9.2.2. כהפסדים לעניין זה ייראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות, בתוספת הגידול בעתודות לתביעות תלויות ותביעות בתשלום, לרבות IBNR, וכל סכום המועבר מהמבטח לספק שירות בגין המבוטחים תחת הסכם זה (להלן: **"ההוצאות"**), על פי הנתונים שנרשמו בספרי המבטח, בגין אותה תקופת ביטוח שבגינה נעשית התאמת דמי הביטוח, כשהם משוערכים למדד, על שיעור של 70% מסכום דמי הביטוח המשולמים בגין אותה תקופה (להלן: **"ההכנסות"**), כשהם משוערכים למדד.

9.2.3. תקופות החישוב לצורך סעיף זה יהיו כמפורט להלן:

(א) לצורך התאמת פרמיה ביום 01.02.2017 תקופת החישוב תהיה החל מיום 01.02.2014 עד 31.10.2017, בהתאם לנתונים העדכניים ביותר אשר יהיו בידי המבטח במועד ביצוע החישוב.

(ב) לצורך התאמת פרמיה ביום 01.02.2020 תקופת החישוב תהיה החל מיום 01.02.2014 ועד 31.10.2019, בהתאם לנתונים העדכניים ביותר אשר יהיו בידי המבטח במועד ביצוע החישוב.

9.2.4. הפרמיה תעודכן בשיעור עליית ההוצאות על ההכנסות, ובתוספת נוספת של עד 50%. בעל הפוליסה יהא זכאי לסיים את ההסכם במועד ההתאמה במידה ושיעור ההתאמה המבוקש על ידי המבטח לא יהא מקובל עליו.

10. <u>פיגורים בתשלומים</u>

10.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו תוך 30 יום לאחר שהמבטח דרש מבעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלמם, יהיה רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי ההסכם יתבטל כעבור 30 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותו של המבטח עפ"י כל דין.

10.2. מבוטל.

10.3. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 10.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 90 יום ממועד משלוח מכתב הביטול לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה, ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו יפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

10.4. אחרי חלוף 90 יום ממועד ביטול ההסכם כאמור בסעיף 10.1 לעיל, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם ביטוח זה.

11. תנאי הצמדה למדד

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

11.1.1. "**המדד**" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

11.1.2. "**המדד היסודי**" - משמעו מדד חודש נובמבר 2011, שפורסם ב-15.12.2010, שהינו 11,664 נקודות.

11.1.3. "**המדד הקובע**" - לגבי כל אחד מהתשלומים הנזכרים בסעיף 11.2 להלן - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

11.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי וכל תשלומי דמי הביטוח שיש לשלמם למבטח, יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי. לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא מועד פירעון התשלום בפועל.

12. תגמולי ביטוח

12.1. המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד קבלות **מקוריות**. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
אם הגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה "נאמן למקור" ויציין את הגורם אליו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע מהגורם האחר.

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

12.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

12.4. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

12.5. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.

13. תחלוף (סברוגציה)

13.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו.

13.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

13.3. קיבל המבוטח מצד שלישי תשלום בגין מקרה הביטוח, אשר שולם ע"י המבטח, על המבוטח להעבירו למבטח; במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, על המבוטח לפצות את המבטח בשל כך.

13.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.

14. <u>כפל ביטוח</u>

14.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה 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.

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

15. <u>חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם</u>

15.1. המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה ו/או עקיפה ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

15.1.1. מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 17 להלן.

15.1.2. שירותו של המבוטח בצבא או במשטרה, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי.

15.1.3. פגיעה כתוצאה ממלחמה, אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי.

15.1.4. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפיכה, מרד, הפרעות, מהומות, מעשה חבלה, או כל פעולה בלתי חוקית.

15.1.5. אלכוהוליזם או שכרות של המבוטח; שימוש בסמים על ידי המבוטח, שימוש בתרופות נרקוטיות, למעט אם נמסרה על כך למבטח הודעה בכתב טרם כניסת הביטוח לתוקפו והשימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.

15.1.6. ניסיון להתאבדות, או חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון, ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

15.1.7. הפרעות נפש ו/או טיפולי נפש ו/או מחלת נפש ו/או אפילפסיה.

15.1.8. פציעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא.

15.1.9. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי הנושאת שכר בצידה.

15.1.10. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) או נשאות (+HIV).
15.1.11. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.
15.1.12. סיבוכי הריון ו/או לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי והפסקת הריון שאינה קשורה בסיבות סוציאליות.
15.1.13. מום מולד, בכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 16 להלן.
15.1.14. טיפול או ניתוח רפואי שאינו בגדר ניתוח או טיפול רפואי קונבנציונאלי, לרבות טיפול הומאופטי ו/או ניסיוני ו/או ניתוח או טיפול למטרות ניסוי או מחקר, טיפול או ניתוח קוסמטי ו/או אסתטי ו/או ניתוח לתיקון קוצר ראייה ו/או טיפול בנמיכות קומה לילדים.
15.1.15. ניתוחים או טיפולים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות.
15.1.16. בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול דיאליזה, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות.

16. <u>מצב רפואי קודם:</u>

16.1. <u>הגדרות</u>:
"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.
"סייג בשל מצב רפואי קודם" - סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

16.2. <u>חריג מצב רפואי קודם</u>:
לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות אשר אובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

16.3. <u>תחולת חריג מצב רפואי קודם:</u>
לא הוחרג מצב רפואי קודם בדף פרטי הביטוח של מבוטח מסוים יהיה סייג בשל מצב רפואי קודם, מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח, כדלקמן:
16.3.1. למבוטח שגילו בעת הצטרפותו לביטוח פחות מ- 65 שנים - שנה ממועד הצטרפותו לביטוח.

16.3.2. למבוטח שגילו במועד הצטרפותו לביטוח הינו 65 שנים או יותר - 6 חודשים ממועד הצטרפותו לביטוח.

למען הסר ספק, מובהר כי חריג מצב רפואי קודם לא יחול על מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל, לגבי סכומים וכיסויים חופפים בין הסכם הביטוח הקודם והסכם זה.

16.4. על אף האמור לעיל, אם נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותו טרם הצטרפותו לביטוח, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב בריאותו ולא גילה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

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

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

17. <u>תקופת אכשרה</u>

17.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 60 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

17.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון במהלך 270 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

17.3. למרות האמור בסעיפים 17.1 ו- 17.2 לעיל, מובהר כי תקופת האכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל, לגבי הכיסויים החופפים בין הסכם הביטוח הקודם והסכם זה.

18. <u>נוהל תביעה</u>

18.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המזכה עפ"י ההסכם, יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המזכים שבהסכם זה.

18.2. קבלת אישור המבטח כאמור הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי ביטוח זה.

18.3. אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף במבוטח ושמנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, ידון המבטח בתביעה לאחר הניתוח ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה והתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטח תוך שבעה ימים.

18.4. המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

18.5. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.

18.6. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית ו/או תפקודית על ידי רופאים ו/או אחים/יות ו/או עובדת סוציאלית מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

18.7. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השרות או למבוטח לפי העניין.

18.8. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים בהם נשא או במקרה של תביעה גם לגורם מבטח אחר עותק מאושר של הקבלות והאישורים המפורטים בסעיף 12.1 לעיל.

18.9. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בחו"ל או טיפולים מיוחדים בחו"ל (פרק ראשון), אישר המבטח ביצוע השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל, אזי:

18.9.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל.

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

18.9.3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו למבטח. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות. אם יידרש, ימציא המבוטח למבטח גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

18.9.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא למבטח בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידו ולא תשולם בנוסף להם.

19. <u>מיסים והיטלים</u>

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

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

20. <u>התיישנות התביעות</u>

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

21. <u>הגבלת אחריות המבטח</u>

21.1. אחריות המבטח לתשלום תביעה שעל פי הסכם זה הינה אך ורק למבוטח אזרח ו/או תושב קבע של מדינת ישראל המתגורר בישראל. המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי הסכם זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל- 90 יום. חזר המבוטח ושב למדינת ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולי ביטוח על פי הסכם זה, ישלם לו המבטח כמוסכם על פי תנאי הסכם זה. על מנת למנוע ספק, מודגש, כי בכל מקרה לא ישולמו תגמולי ביטוח עבור התקופה בה שהה המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.
למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל.

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

22. <u>כללי</u>

22.1. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב.

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

22.3. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח: **כלל חברה לביטוח בע"מ**
כתובת: רח' ראול ולנברג 36, תל אביב

בעל הפוליסה: **הרשות לשמירת הטבע והגנים הלאומיים**
כתובת : רח' עם ועולמו 3, גבעת שאול, ירושלים 95463
איש הקשר: איתמר בן מאיר תפקיד: מנהל אגף הכספים

22.4. כל הודעה אשר תשלח לבעל הפוליסה תחשב כאילו נמסרה למבוטחים.

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

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

נספח 1

מבוא

1. הגדרות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

1.1. "**הסכם הביטוח**" **-** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.

1.2. **"שנת ביטוח" -** תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.

1.3. **"בית חולים" -** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.

1.4. **"בית חולים פרטי" -** בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3 שהינו בבעלות פרטית או בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן) ואשר אושר ע"י המבטח.

1.5. **"בית חולים מוסכם" -** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.

1.6. **"מעבדה" -** מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.

1.7. **"ישראל" -** מדינת ישראל, לרבות שטחי יהודה ושומרון, הנמצאים בשליטה מלאה של ישראל.

1.8. **"חו"ל" -** כל ארץ מחוץ לישראל, **למעט מדינות אויב**.

1.9. **"הסכם השירות" -** הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.

1.10. **"רופא מומחה" -** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.

1.11. **"מנתח" -** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.

1.12. **"מנתח הסכם" -** מנתח כמוגדר בסעיף לעיל, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת.

1.13. **"מנתח אחר" -** מנתח כמוגדר בסעיף 1.11 לעיל, אשר אינו בהסכם עם המבטח.

1.14. **"רופא מרדים" -** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

1.15. **"ייעוץ לפני ניתוח" -** ייעוץ עם רופאים מומחים, בעלי תעודת מומחה בתוקף של 5 שנים לפחות, הניתן למבוטח בגין צורך בביצוע ניתוח.

1.16. **"חדר ניתוח" -** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.

1.17. **"אשפוז" -** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו.

1.18. **"יום אשפוז" -** יממה בת 24 שעות שתחילתה הינה במועד ביצוע הניתוח.

1.19. **"אח/ות" -** אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.

1.20. **"שתל" -** כל אביזר, 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, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן**.

1.21. **"ניתוח" -** פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.22. **"ניתוח אלקטיבי" -** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר המיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

1.23. **"בדיקות" -** בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, ובתנאי 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 חולים.

1.24. **"מקרה הביטוח" -** מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בהסכם ביטוח זה על כל נספחיו, אשר בהתקיימה מקנה למבוטח תגמולי ביטוח.

1.25. **"השתלה" -** 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 או השתלה עצמית של מח עצמות או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם טבורי מתורם אחר. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. ההגדרה שלעיל הינה בכפוף לקיום כל התנאים המצטברים הבאים:

1.25.1. רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.

1.25.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.

1.25.3. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.

1.25.4. ההשתלה תיעשה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ובכלל זה התקיימו כל אלה:

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

1.25.4.2. מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.

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

1.27. **"ניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל" -** ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל (לרבות ניתוחים בחו"ל למניעת אובדן מוחלט של חוש השמיעה ו/או חוש הראיה וכן ניתוח לפתיחת גולגולת בחו"ל), אשר מתקיים בו <u>אחד</u> התנאים המפורטים להלן, וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בדרגה של סגן או מנהל מחלקה/בי"ח בישראל מטעם המבוטח שקביעתו תאושר ע"י רופא מטעם המבטח.

1.27.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.27.2. סיכויי הצלחת הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים משמעותית מסיכויי ההצלחה בישראל.

1.27.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן סביר וכתוצאה מכך נגרם סיכון ממשי לחיי המבוטח.

לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה.

1.27.4. למען הסר ספק מובהר בזה כי:

1.27.4.1. טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות למבוטח.

1.27.4.2. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובמדינת ישראל כאחד.

1.28. **"נותן שרות" -** ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.

1.29. **"המוטב" -** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו הזכאים לקבלת תגמולי הביטוח לפי הוראות הסכם זה.

1.30. **"חוק הביטוח" -** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

1.31. **"חוק הבריאות" -** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.

1.32. **"תקופת אכשרה" -** תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או ממועד הוספת כיסוי ותסתיים בתום התקופה שצוינה בהסכם זה ו/או בנספחים המצורפים לו. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.

1.33. **"דמי ביטוח" -** הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.

1.34. **"ניתוחים נבחרים"** -

Craniotomy	ניתוח מוח
	ניתוחי לב:
Coronary artery bypass graft (c.a.b.g)	ניתוח מעקפים כליליים
Valve replacement plasty Closed heart valvotom	ניתוחי מסתם לב
Repair of aortic aneurysm	תיקון מפרצת אבי העורקים
Diagnostic heart catheterization	צנתור לב אבחוני
Therapeutic heart catheterization	צנתור לב טיפולי
Therapeutic heart catheterization + stent	צנתור לב טיפולי + תומך
	ניתוחי עמוד השדרה:
Suction of disc	שאיבת דיסק
Disecotomy	כריתת דיסק (דיסקטומיה)
Laminectomy	למינקטומיה
Nucleotomy	נוקלאוטומי
Spinal stenosis	פתיחת היצרות בעמוד השדרה
	ניתוחים שכיחים נוספים:
Open prostatectomy	כריתת פרוסטטה (פתוחה)
Trans urethral prostatectomy	כריתת פרוסטטה (דרך השופכה)
Hysterectomy	כריתת רחם
Mastectomy	כריתת שד
Cataract extraction + lens transplantation	ניתוח קטרקט (כולל עדשה)
Cholecystectomy	כריתת כיס המרה
Repair of Inguinal Hernia	ניתוח בקע מפשעתי חד-צדדי
Stereotaxis	סטראוטקסיס - ניתוח לטיפול במחלת פרקינסון
Lung lobectomy	כריתת אונת ריאה
Liver lobectomy	כריתת אונת כבד

הרובד הבסיסי
פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה ביטוח
מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח המצריך השתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

2. התחייבות המבטח
בקרות מקרה הביטוח וביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל, בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, כמפורט להלן:

2.1. להשתלה ו/או להשתלות אצל נותני שירות שבהסכם - המבטח יישא בהוצאות הרפואיות שלהלן בעת האשפוז - שיפוי מלא.
במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם השירות ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם השירות, תהא חבות המבטח עד תקרת הסכום המשולמת בגין השתלה בעת אשפוז בבית חולים מוסכם ו/או על ידי צוות שבהסכם השירות בלבד, לא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להגשת קבלות מקוריות ועד תקרה מרבית כמפורט בנספח 2, למעט במקרה השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, במקרה זה תהא תקרת הסכום כנקוב בנספח 2.

2.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו כמפורט בנספח 2.

2.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 לעיל יכללו את ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

2.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות הרפואיים עבור בדיקות הערכה רפואיות של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.

2.3.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור האיבר המושתל, קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2;

2.3.3. הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.3.4. שכר כל הצוות הרפואי בעת אשפוז;

2.3.5. בדיקות רפואיות בעת אשפוז;

2.3.6. שירותי מעבדה בעת אשפוז;

2.3.7. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז;

2.3.8. הוצאות אשפוז בחו"ל עד 30 יום לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 335 יום לאחר ביצועם;

2.3.9. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל;

2.3.10. הוצאות נסיעה לחו"ל עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולמלווה אחד, או אם המבוטח הנו קטין - שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;

2.3.11. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;

2.3.12. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין 2 מלווים וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 2;

2.3.13. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, ועד לסכום הנקוב בנספח 2;

2.4 **פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח**

בוצעה במבוטח השתלה כהגדרתה לעיל בחו"ל בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ללא השתתפות המבטח בתשלום כלשהו בגינה, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 2, בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל אישר כי המבוטח עבר השתלה בתוך תקופת הביטוח.

למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי מלא על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1 ו- 2.3 לעיל.

2.5 גמלת החלמה לאחר השתלה

בוצעה במבוטח השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב כליה, ו/או מח עצמות מגופו של תורם אחר ו/או תאי גזע מדם טבורי של תורם אחר ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, תשלום חודשי בסך הנקוב בנספח 2 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל ולמשך 12 או 24 חודשים (לפי סוג ההשתלה).

ילד עד גיל 21 יהיה זכאי למחצית מסכום הגמלה החודשית, כמפורט בנספח 2.

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

פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. <u>הגדרות</u>

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

בית-מרקחת - מקום המורשה על-פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור (להלן: "**נותן השירות**").

טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

מרשם - מסמך רפואי החתום על-ידי רופא בית חולים או על ידי רופא מומחה בתחום הרלבנטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול וכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

סכום השיפוי המרבי - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח בעבור תרופה על-פי פרק זה.

סל הבריאות הממלכתי - מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן.

רופא - אדם אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה, למעט רופא שיניים.

רופא בית חולים - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלבנטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת סטאז').

רופא מומחה - רופא, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנדרש לטיפול בתרופה.

תרופה - חומר כימי או ביולוגי שנועד לטפל במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

בית חולים - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכת בישראל כבית חולים כללי.

2. <u>מקרה הביטוח:</u>

2.1. טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי, ואשר אושרה על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בארה"ב (FDA) ו/או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA) ו/או קנדה ו/או אוסטרליה ו/או ניו זילנד ו/או שוויץ ו/או נורבגיה ו/או איסלנד (להלן: "**המדינות המוכרות**").

2.2. טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופות הכלולות בסל הבריאות הממלכתי, אך לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבוטח, ובלבד שההתוויה הנדרשת מאושרת כתרופה על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.3. טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופות אונקולוגיות והמטו-אונקולוגיות שאושרו 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) (Micromedex) Drugdex, ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
   א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
   ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
   ג) יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או IIa
(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
   א) NCCN
   ב) ASCO
   ג) NICE
   ד) ESMO Minimal Recommendation

3. <u>התחייבות המבטח:</u>

המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עפ"י בחירתו ושיקול דעתו של המבטח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי כמפורט בסעיף זה להלן, ובכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:

3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה ויציג מרשם החתום ע"י רופא מומחה או רופא בית החולים בתחילת הטיפול ומידי 3 חודשים במהלך הטיפול. קבלת האישור כאמור הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח עפ"י פרק זה.

3.2. השיפוי המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח יהיה עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

3.3. המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בסכום שלא יעלה על 215 ₪, למשך תקופה שלא תעלה על 45 יום.

3.4. סכום השיפוי המירבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום השיפוי לגביה על-פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד, על-פי שער הדולר (ארה"ב). אם לתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, ייקבע סכום השיפוי לפי המחיר המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב).

4. <u>השתתפות עצמית</u>

המבוטח יישא בהשתתפות עצמית למרשם בסך של 200 ₪ בגין כל תרופה המכוסה על פי הסכם זה לכל תקופה של עד חודש טיפול.

5. <u>הגבלת חבות המבטח מחוץ לגבולות ישראל</u>

5.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטח לתשלום תגמולי הביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-120 ימים בלבד בכל שהייה מחוץ לגבולות ישראל, אלא אם הסכים המבטח מראש ובכתב לקבל אחריות בהיקף שונה.

5.2. חזר המבוטח לישראל והוכיח למבטח את זכאותו לתגמולי הביטוח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח כל עוד הוא זכאי לכך על-פי תנאי ביטוח נוסף זה.

6. <u>מבוטל</u>

7. <u>חריגים מיוחדים לפרק זה:</u>

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, אשר יחולו במלואם על פרק זה, פרק זה אינו מכסה את המקרים כדלקמן:

7.1. תרופה ניסיונית או תרופה לטיפול במסגרת רפואה אלטרנטיבית. תרופה ניסיונית הינה תרופה שאינה רשומה כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח על ידי אף אחת מהרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, למעט תרופה העומדת בהגדרה המפורטת בסעיף 2.3 לעיל.

7.2. התרופה נדרשת לטיפול בסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או אין אונות ו/או פוריות ו/או עקרות.

7.3. תרופה למחלות נפש ו/או לטיפולים נפשיים.

7.4. טיפול תרופתי מונע כדוגמת טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

7.5. המבוטח נושא או יישא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש או לצהבת B או C.

7.6. תרופה לטיפולים קוסמטיים או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או לגמילה מעישון.

7.7. תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.

פרק ג' - כיסוי ניתוחים משלים שב"ן וניתוחים נבחרים בחו"ל

(ביטוח לכיסוי לכל הניתוחים הפרטיים בישראל
מעבר לזכויות המבוטח בתכנית השב"ן של קופ"ח)

<u>מבוא</u>

פרק זה מרחיב את הכיסוי הקיים במסגרת תכנית השב"ן של קופת החולים בה חבר המבוטח ומקנה שיפוי בעבור כל ניתוח המתבצע כיום בישראל ואשר יבוצע בעתיד, על-פי הגדרת ניתוח (כמוגדר בפרק המבוא בנספח 1 להסכם זה), בכל המערכות הרפואיות הפרטיות שהן בהסכם עם המבטח וכן בכל המערכות והמוסדות הרפואיים האחרים בישראל (כולל במערכות הציבוריות) המורשים לתת שירותי שר"פ ו/או שר"ן, וזאת מעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במסגרת תוכנית השב"ן ועד לעלות הניתוח אצל נותני השירות.

1. <u>הגדרות</u>

הגדרות אלו הן נוסף על ההגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בנספח 1 להסכם זה.

שב"ן	שירותי בריאות נוספים שמעניקות קופות החולים לחבריהן.
תוכניות השב"ן	תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל-פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על-ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על-ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן	מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.
פוליסה מהשקל הראשון	כיסוי הכולל שיפוי לניתוחים בישראל "מהשקל הראשון" ללא תלות במימוש תחילה של הזכויות המוקנות למבוטח בתוכנית השב"ן.
שר"ן	שירות רפואי נוסף.
שר"פ	שירות רפואי פרטי.

2. <u>מקרה הביטוח</u>

מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח.
המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין ניתוח כאמור לעיל אשר יבוצע על-ידי מנתח הסכם או על-ידי מנתח אחר בבית-חולים פרטי ו/או בית-חולים מוסכם בכפוף ומעבר למלוא הזכויות המוקנות למבוטח במקרה ביטוח במסגרת השב"ן בו הוא חבר.
בנוסף, בעת ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח בגין הוצאות נלוות לניתוח כמפורט בסעיפים 6 ו - 8 להלן.

3. <u>תנאים מוקדמים לאחריות המבטח:</u>

3.1 **בקרות מקרה הביטוח, המבוטח מתחייב לפנות למימוש זכאותו על פי תנאי תוכנית השב"ן שברשותו ולהודיע למבטח בהקדם, ככל האפשר, על כל החלטה של קופת החולים בהקשר לזכאותו בתכנית השב"ן**

בגין הניתוח ו/או הוצאות הנלוות לו וכן כל החלטה הרלוונטית לבירור תביעתו של המבוטח.
בנוסף מתחייב המבוטח להודיע למבטח על כל התחייבות ו/או תשלום שבוצע בקשר עם הניתוח מיד עם קבלת ההודעה ו/או התשלום מאת תכנית השב"ן.

3.2 **חובת דיווח של המבוטח - המבוטח מתחייב בזאת, לדווח מיידית ובכתב למבטח, על כל שינוי שיחול בחברותו בקופת חולים ו/או בחברותו בתכנית השב"ן, כפי שדיווח בעת הצטרפותו לביטוח.**

4. <u>התחייבות המבטח</u>

4.1 **תקרת סכום הביטוח על-פי פרק זה לא תעלה על הסכום המשולם על-ידי המבטח לנותני שירות בקיזוז מלוא הזכויות המוקנות בגין ובקשר עם הניתוח במסגרת תכנית השב"ן בה חבר המבוטח.**

4.2 בחר המבוטח לבצע את הניתוח באמצעות ספק רפואי (רופא או בית חולים) שבהסכם עם השב"ן, ישפה המבטח את המבוטח בתשלום סכום ההשתתפות העצמית שנשא המבוטח במסגרת תכנית השב"ן - עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מן הסכום המשולם ע"י המבטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיפים 5.1-5.4 להלן לנותני השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח.
בנוסף יהיה זכאי המבוטח במקרה זה, לתגמולי הביטוח בגין שתל כאמור בסעיף 5.5 להלן וכן בגין ההוצאות הנלוות לניתוח כמפורט בסעיף 6 להלן בסכום ששולם על-ידו בפועל אך לא יותר תקרה הנקובה בצד כל שירות בניכוי סכום ההחזר המרבי הקבוע בתכנית השב"ן בה חבר המבוטח.

4.3 בחר המבוטח לבצע את הניתוח באמצעות ספק רפואי (רופא ו/או בית חולים) שאינו בהסכם עם השב"ן, ישפה המבטח את המבוטח בתשלום ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין השירותים המפורטים בסעיפים 5-6 להלן עד התקרות הנקובות בצד כל שירות בניכוי סכום ההחזר המרבי הקבוע על-פי תכנית השב"ן בה חבר המבוטח בגין השירות הרפואי הנדרש.

4.4 נדחתה על-ידי השב"ן פנייתו של המבוטח לקבלת תגמולי הביטוח בגין הניתוח מאחר ותכנית השב"ן אינה נושאת בעלות הניתוח לכלל העמיתים בשב"ן, כולל במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לפוליסה זו, יהיה זכאי המבוטח לשיפוי בגין ההוצאות שהוציא בפועל בעבור השירותים הרפואיים המפורטים בסעיפים 5-6 להלן החל מן ה"שקל הראשון" ועד לסכום המשולם על-ידי המבטח לנותן השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם, ובכל מקרה לא יותר מן הסכום שהוציא המבוטח בפועל.

4.5 במקרה שבו נדחתה פנייתו של המבוטח לקבלת תגמולי הביטוח על-ידי השב"ן מאחר ותכנית השב"ן אינה נושאת בעלות הניתוח, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח ההוצאות בגין השירותים המפורטים בסעיפים 5-6 שהוצאו על ידו בפועל עד התקרות הנקובות בצד כל שירות **בניכוי סכום ההחזר המרבי לו זכאים העמיתים בתוכנית השב"ן בה המבוטח הינו/היה (במקרה של ביטול השב"ן) עמית, בגין אותו הניתוח.**

במקרה זה, למבוטח תינתן האפשרות להמציא אישורים מקופת החולים בה הוא חבר על סכום ההשתתפות לו זכאים העמיתים בשב"ן בגין אותו הניתוח. באם לא יומצא למבטח ע"י המבוטח אישור כאמור, תקרת ההחזר תהיה בכפוף להשתתפות עצמית מצד המבוטח בשיעור של 2,500 ₪ למקרה ביטוח.

4.6 על אף האמור בפרק זה, מבוטח המשרת בשירות סדיר בצה"ל יהיה זכאי, כל עוד הסכם ביטוח זה בתוקף לגביו ובכפוף להוראות ההסכם, לשיפוי בגין ההוצאות שהוציא בפועל בעבור השירותים הרפואיים מפורטים בסעיף 5 להלן החל מן ה"שקל הראשון" ועד לסכום המשולם על-ידי המבטח לנותן השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם.
בנוסף יהיה מבוטח זה המשרת בשירות סדיר בצה"ל זכאי לשיפוי בגין הוצאות המפורטות בסעיף 6 להלן בסכום שהוציא בפועל עד התקרות הנקובות בצד כל שירות.
השתחרר המבוטח משירות סדיר מכל סיבה שהיא, לא יחול האמור בסעיף זה והמבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח מעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים) על-פי תנאי פרק והסכם זה.
במקרה שלא הצטרף מבוטח זה לתוכנית שב"ן כלשהי, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח עד התקרה הנקובה בסעיף 4.5 לעיל, מעבר לזכויות המוקנות בתוכנית השב"ן במסגרתה היה אותו מבוטח חבר לפני גיוסו לצה"ל.

4.7 **מבוטח שאין ברשותו שב"ן :**
מבוטח אשר אין ברשותו שב"ן ישופה בגין ההוצאות בפועל שהיו לו עבור ביצוע הניתוח בישראל, ובכפוף להשתתפות עצמית בסך המפורט בנספח 2 להלן, לכל מקרה ביטוח. המבוטח יהיה רשאי לעבור את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות ספקי השירותים שבהסכם עם המבטח (**רופא הסכם, בית חולים שבהסכם**), בכפוף לתשלום השתתפות עצמית כמפורט בנספח 2 להלן.

5. <u>השירותים הרפואיים</u>

בקרות מקרה הביטוח, המבטח ישפה את המבוטח באמצעות נותן השירות או בתמורה לקבלות מקוריות שימציא לו המבוטח בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח ו/או כנגד אישור מקורי מטעם תוכנית השב"ן בה הוא חבר המעידה על זכאותו של המבוטח או על סכומים ששולמו על ידו או על ידי השב"ן ובלבד שהסכום שישולם על-ידי המבטח יהיה מעל ומעבר למלוא זכויות המבוטח בתכנית השב"ן, כמפורט בסעיף 4 לעיל, ובכל מקרה לא יותר מן הסכום המשולם על-ידי המבטח לנותן השירות בגין הניתוח המבוצע בבית-חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח כמפורט להלן:

5.1 **שכר מנתח -** שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מן הסכום המשולם במסגרת הסכם שירות לניתוח.

5.2 **שכר רופא מרדים** - המבטח ישפה את המבוטח בעלות התשלום לרופא מרדים, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות לרופא מרדים לניתוח.

5.3 **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות בעבור הוצאות לחדר ניתוח.

5.4 **דמי אשפוז -** ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח עד לתקרת הסכום הקבועה בהסכם שירות ועד ל-30 ימי אשפוז בגין הניתוח.

5.5 **עלות שתל** - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח הושתל בגופו "שתל" כמוגדר בפרק המבוא בנספח 1 בהסכם זה, ישתתף המבטח בעלות השתל, עד סך של 30,000 ₪ בשנה.

5.6 **למען הסר ספק יובהר כי המבטח יישא בתשלום תגמולי ביטוח אך ורק מעבר למלוא הזכויות המגיעות במסגרת תכנית השב"ן בגין ביצוע הניתוח בכפוף לאמור בסעיף 4 לעיל ובכפוף להוראות ההסכם.**

6. <u>הוצאות נלוות לניתוח</u>

בנוסף יישא המבטח בתשלום תגמולי ביטוח בגין הוצאות נלוות לניתוח מעבר למלוא הזכויות המגיעות במסגרת תכנית השב"ן בגין ביצוע הניתוח, בכפוף לאמור בסעיף 4 לעיל ולהוראות הסכם זה, וכמפורט להלן:

6.1 **התייעצות לפני ניתוח** - המבוטח יהיה זכאי להחזר כספי בגין 2 התייעצויות לפני הניתוח עם מנתח שבהסכם עם המבטח או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי. החזר זה יהיה בגובה הסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מתקרה בסך של 700 ₪.

6.2 **שכר אח/ות לאחר ניתוח** - בגובה הסכום ששולם בפועל, ועד תקרה בסך של 650 ₪ ליום אשפוז ועד 8 ימי אשפוז.

6.3 **שירותי הסעה באמבולנס לבית-חולים ובין בתי-חולים בישראל לצורך ביצוע הניתוח** - המבטח יחזיר למבוטח את הוצאות ההעברה באמבולנס בעבור העברתו של המבוטח לבית החולים או ממנו או העברתו בין בתי-חולים, לפני או אחרי ביצוע הניתוח. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן-דוד-אדום.

6.4 **בדיקה פתולוגית** - באם הבדיקה הפתולוגית לא שולמה על-ידי תוכנית השב"ן, תשולם עלות הבדיקה ישירות לבית החולים או למבוטח, בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרה הקבועה בהסכם השרות עבור בדיקה מסוג זה.

6.5 **חוות-דעת שנייה בפתולוגיה** - תשולם ישירות לנותן השירות או למבוטח, בגובה הסכום אשר שולם בפועל, עד לתקרת סכום של 500 ₪ לבדיקה ובכפוף להשתתפות העצמית של המבוטח בשיעור של 20%.

6.6 **טיפולי פיזיותרפיה לאחר ניתוח:** המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה לאחר אשפוז בגין הניתוח ועד 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח - עד 6 טיפולי פיזיותרפיה בגין ניתוח אחד, המכוסה על פי ההסכם, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2.

6.7 **למען הסר ספק יובהר כי המבטח יישא בתשלום תגמולי ביטוח אך ורק מעבר למלוא הזכויות המגיעות במסגרת תכנית השב"ן בגין ביצוע הניתוח בכפוף לאמור בסעיף 4 לעיל.**

7. <u>ביצוע הניתוח בבית חולים ציבורי, ללא השתתפות המבטח</u>

בוצע במבוטח ניתוח אלקטיבי, כהגדרתו לעיל, המכוסה על פי הסכם זה בבית חולים ציבורי ו/או במסגרת אחת מקופות החולים והמבטח לא השתתף במימון הניתוח, ישלם המבטח למבוטח 50% מהסכום המשולם כשכר מנתח הסכם עבור סוג הניתוח שבוצע.

למען הסר ספק יובהר כי התשלום עפ"י סעיף זה לא יחול על השתלה ולא יינתן פיצוי לפי סעיף 2.12 לעיל במקרה של זכאות לפיצוי עפ"י סעיף זה.

8. <u>כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים</u>

8.1 **תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח (למבוטח בין 21- 65)**

8.1.1 מקרה הביטוח - מות המבוטח במהלך תקופת הביטוח כפי שיוגדר בפרק זה בסעיף קטן 8.1.1.1 להלן כתוצאה ישירה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי הסכם זה.

8.1.1.1 תקופת הביטוח לצורך פרק זה : תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה הינה ממועד כניסת המבוטח לחדר ניתוח בבית חולים לביצוע הניתוח למשך 7 יממות ממועד זה, ובתנאי מפורש כי בתחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה היה הסכם הביטוח בתוקף לגבי אותו מבוטח.

8.1.1.2 תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הינו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.

8.1.1.3 בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בהם ניתוח יחיד והם יהוו מקרה ביטוח אחד.

8.1.2 סכום הביטוח - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף 8.1.1 לעיל, יפצה המבטח את המוטבים או את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסך הנקוב בנספח 2.

8.2 **פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוגר מגיל 21-65)**

8.2.1 מבוטח שאיבד את כושר עבודתו כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח, המכוסה על פי הסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי בסך הנקוב בנספח 2, לתקופה אשר במהלכה המבוטח הינו במצב של אבדן כושר עבודה ועד 24 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 60 יום ממועד ביצוע הניתוח ובתנאי שהוכח קשר ישיר לביצוע הניתוח.

8.2.2 למען הסר ספק, לא יכוסה במסגרת כיסוי זה אובדן כושר עבודה שסיבתו אינה ביצוע הניתוח עצמו, אלא המחלה ו/או התאונה אשר בגינם בוצע הניתוח.

9. <u>תגמולי ביטוח</u>

המבטח יהיה רשאי על-פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח תמורת קבלות מקוריות. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר למבוטח, לאחר תשלום ההשתתפות העצמית למבטח (אם קיימת עפ"י תנאי פוליסה זו) קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו של המבוטח על-פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

יובהר כי התחייבות המבטח כאמור לעיל הינה רק מעבר לזכויות המוקנות למבוטח בתכנית השב"ן ולאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן שברשותו.

10. ברות ביטוח בגין כיסוי ניתוחים בישראל בעת סיום החברות בתוכנית השב"ן

10.1 **הגדרות**

הגדרות אלו הן נוסף על ההגדרות הכלליות המופיעות בפרק המבוא בנספח 1 להסכם זה ולהגדרות בפרק זה לעיל.

מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן למבוטח או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם בכל אחד מהמקרים הנקובים בס"ק 10.2.1.1 - 10.2.1.2.

10.2 **התחייבות המבטח**

10.2.1 מבוטח שפנה למבטח תוך התקופה הנקובה בסעיף 10.2.3 להלן, יהיה זכאי לרכוש כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות) על-פי תנאי פרק ז' בנספח 1 להסכם זה, בתמורה לפרמיה הנקובה בסעיף 8 להסכם זה לעיל, תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

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

10.2.1.2 **מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת -** בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

10.2.2 מבוטח המבקש להצטרף לפוליסת הרצף יוכל לעשות זאת באמצעות הודעה מראש ובכתב למבטח תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן.

יובהר כי המעבר לכיסוי על פי תנאי פרק ז' בנספח 1 להסכם זה יתאפשר, ללא תקופת אכשרה ו/או הוכחת בריאות, רק בתנאי שהמבוטח הודיע על כך למבטח בכתב תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

במקרה שהכיסוי הכלול בפרק ז' בהסכם זה מקנה כיסויים נוספים שאינם כלולים בפרק זה, יידרש המבוטח במועד הנ"ל למלא הוכחת בריאות נוספת והמבטח יבצע חיתום רפואי רק לגבי כיסויים נוספים אלה.

10.2.3 תחילת תקופת הביטוח של הכיסוי עפ"י פרק ז', תהיה למפרע מהמועד בו נכנס ביטול תוכנית השב"ן לתוקף. בהתאם חבות המבוטח לתשלום דמי הביטוח (הפרמיה) על-פי תנאי פרק ז' בנספח 1 להסכם זה תחל ממועד זה.

תנאי חיתום רפואי שנקבעו בגין פרק זה יחולו גם על תנאי פרק ז'.

10.2.4 במקרה ולא מימש המבוטח את זכאותו לרכישת הכיסוי עפ"י פרק ז' בהודעה בכתב תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן על פי תנאי פרק זה, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי לניתוחים בישראל עד התקרה הנקובה בסעיף 4.5 לעיל.

11. ניתוח נבחר בחוץ-לארץ

11.1 בוצע במבוטח ניתוח נבחר בחו"ל (כהגדרתו בסעיף 1.34 במבוא בנספח 1), אשר ביצועו תואם ואושר בכתב מראש על-ידי המבטח, יכסה המבטח את הוצאות האשפוז והניתוח בהם הוא חייב בהתאם לסעיף 5 לעיל.

11.2 בוצע הניתוח הנבחר (המכוסה על-פי פוליסה זו) בחו"ל, אולם ביצועו לא אושר מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בעבור ההוצאות כמפורט בפוליסה זו בהיקף ההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים אשר למבטח הסכם עמו, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.

12. חריגים

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

12.1 **ניתוח ניסיוני.**

12.2 **ניתוח למטרות יופי ו/או אסתטיקה, כולל ניתוחי קיצור קיבה (GASTROPLASTY) לצורך ירידה במשקל; ניתוח עיניים לצורך תיקון קוצר ראיה.**

12.3 **בדיקה/בדיקות, בדיקות מעבדה, בדיקות הקשורות בהריון ו/או בדיקת עוברים, רנטגן, זריקה, הזלפות בדיקה/ות ופעילות הדמיה כגון C.T ו - M.R.I , כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח.**

12.4 **ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים ו/או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.**

12.5 **ניתוחים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון.**

12.6 **ניתוח הבא לתקן פגם ו/או מום מולד, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם, כאמור בסעיף 16 להסכם.**

12.7 **השתלת איברים ו/או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל המכוסים עפ"י פרק א' לפוליסה זו.**

פרק ד' - ייעוץ בגין מחלות קשות

1. נתגלתה במבוטח מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי לעד שני ייעוצים אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבטח. התשלום יועבר ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר, יוחזרו למבוטח הוצאותיו עד תקרת הסכום כנקוב בנספח 2 בגין כל ייעוץ ולא יותר מההוצאה בפועל.

2. <u>הגדרת מחלות קשות</u>

2.1. <u>סרטן (Cancer)</u> - מחלת הסרטן משמע מקרה בו קיים בגופו של המבוטח (ברקמות ו/או במערכת הלימפתית שלו ו/או במערכת הדם שלו) גידול ממאיר המאופיין על ידי גידול בלתי מבוקר ומפושט של תאים ממאירים (להלן: "מחלת הסרטן"). מחלת הסרטן כוללת גם את מחלות לימפומה, הוצ'קין ולויקמיה (**למעט לוקמיה לימפוציטית כרונית**). מקרה הביטוח אינו כולל:

2.1.1. מחלות עור מסוג:

(א) Hyperkeratosis ו- Basal Cell Carcinoma ;

(ב) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

2.1.2. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה - AIDS ו/או HIV חיובי (כולל Kaposi's sarcoma).

2.2. <u>אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)</u> - מחלת כליות קבועה, בשלב הסופי שלה, המתבטאת באי ספיקה כליות כרונית ובלתי הפיכה בתפקוד של שתי הכליות, המצריכה טיפול קבוע של דיאליזה תוך צפקית או המודיאליזה א והשתלת כליה/יות.

2.3. <u>שבץ מוחי (CVA)</u> - כל אירוע מוחי המתבטא בהפרעות נוירולוגיות המתקיימות מבר ל- 24 שעות, הנגרם ע"י מצב של אוטם מוחי, דמם מוחי, חסימה או תסחיף (אמבוליה) לרקמת המוח- ממקור חוץ מוחי עם נזק לרקמת המוח ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך. על האירוע להיות מוכח ע"י נוירולוג, לכל הפחות 6 שבועות מיום האירוע. כל זאת להוציא:

2.3.1. סימפטומים נוירולוגיים מוחיים הנגרמים ממיגרנה או מחבלה או פציעה מוחית או מחוסר חמצון או ממחלת כלי דם אשר פוגעים בעין או בעצב הראייה.

2.3.2. הפרעות בזרימה במערכת הוורטברו- ווסטיבולרית.

2.4. <u>התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)</u> - אוטם שריר הלב - דהיינו הרס של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או סתימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

2.4.1. כאבי חזה אופייניים.

2.4.2. שינויים חדשים באק"ג. האופייניים לאוטם.

2.4.3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

2.5. **<u>עיוורון (Blindness)</u>** - איבוד ראייה מוחלט, קבוע ובלתי הפיך - של שתי העיניים, מתועד בבדיקה קלינית כתוצאה ממחלה חריפה או תאונה. העיוורון חייב להיות מאובחן ומתועד ע"י דו"ח רופא עיניים מומחה.

2.6. **<u>נכות מלאה ותמידית</u>** - המבוטח ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי הגפיים, יחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין פרק זה.

פרק ה' - ביטוח סיעודי
(בתוקף עד ליום 31.12.2017)

1. <u>הגדרות</u>

1.1. **"מקרה הביטוח" -** היות המבוטח "בעל צורך סיעודי" כהגדרתו בסעיף 2 להלן.

1.2. **"תשלום גמלת סיעוד" -** התשלום החודשי למבוטח אשר עונה על הגדרת "בעל צורך סיעודי", כמפורט בסעיף 2 להלן, בסכום שנקבע בהסכם הביטוח ובשיעורים המפורטים בסעיף 3 להלן.

1.3. **"תקופת המתנה" -** תקופת זמן רצופה שמשכה נקוב בסעיף 3.1 בפרק זה להלן. תחילתה במועד קרות מקרה הביטוח על פי תנאי פרק זה ובכפוף להוראות ההסכם על נספחיו, ואשר בגינה לא ישלם המבטח את תגמולי הביטוח.

2. <u>הגדרת "בעל צורך סיעודי"</u>

המבוטח ייחשב כ"**בעל צורך סיעודי**" לעניין ביטוח זה, בהתקיים אחד משני האירועים הבאים לפחות:

2.1. אם מצב בריאותו ותפקודו ירודים כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות או 2 מתוך 6 הפעולות הבאות, כשאחת מהן היא אי שליטה על הסוגרים:

הפעולות הן:

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

ב. **להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

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

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

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

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

2.2. כ"**בעל צורך סיעודי**" ייחשב מבוטח אשר מצב בריאותו ותפקודו ירודים עקב "**תשישות נפש**" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "**תשישות נפש**" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

3. <u>חבות המבטח לתשלום גמלת הסיעוד</u>

3.1. המבטח ישלם למבוטח או לאפוטרופוס שמונה לו כדין את גמלת הסיעוד כמפורט להלן:

3.1.1. תשלום גמלת הסיעוד יבוצע לאחר תקופה של 60 יום ממועד קרות מקרה הביטוח (להלן: "**תקופת המתנה**"). מובהר בזאת כי בגין תקופת ההמתנה לא יקבל המבוטח תשלום גמלת סיעוד.
מבוטח הנחשב כבעל צורך סיעודי וכל עוד יחשב ככזה, יזכה בתשלום גמלת סיעוד לכל היותר לתקופה מצטברת שלא תעלה על תקופה של 36 חודשים.

3.1.2. תשלום גמלת הסיעוד יבוטל במות המבוטח (חו"ח), או אם פסק המבוטח מלהיות בעל צורך סיעודי או בתום התקופה המצטברת של 36 חודשים בהם שולמה למבוטח גמלת סיעוד, לפי המוקדם מביניהם.

3.1.3. גובה גמלת הסיעוד החודשית: כנקוב בנספח 2, בכפוף למפורט להלן:

3.1.3.1. למבוטח שאינו יכול לבצע 2 מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2 לעיל, כשאחת מהן היא אי שליטה על סוגרים - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.2. למבוטח שאינו יכול לבצע 3 או יותר מתוך 6 הפעולות, כמוגדר בסעיף 2 לעיל - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.1.3.3. למבוטח שהינו תשוש נפש, כמוגדר בסעיף 2 לעיל - 100% מסכום הגמלה החודשית.

3.2. **תביעה חוזרת -** למרות האמור לעיל, אם קרה מקרה הביטוח תוך 12 חודשים מתום התקופה שבגינה שילם המבטח את גמלת הסיעוד, ישלם המבטח את גמלת הסיעוד מיום קרות מקרה הביטוח האמור, ללא צורך בתקופת המתנה נוספת, עד תקופה מצטברת של 36 חודשים.

3.3. **שחרור מתשלום דמי הביטוח** - המבוטח ישוחרר מתשלום דמי הביטוח החודשיים המשולמים עבורו במהלך תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

3.4. הכיסוי בגין הביטוח הסיעודי אינו חל על ילדים עד גיל 21, וילדים עד גיל 21 אינם זכאים לקבלת גמלת סיעוד עפ"י הסכם זה.

4. <u>הגבלת אחריות המבטח</u>

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

4.1. מבוטל.

4.2. אם המבוטח הוא אישה, הרי במקרה של צורך סיעודי תוך תקופת ההיריון ו/או הלידה בקשר עם ההיריון ו/או הלידה, תסתיים תקופת ההמתנה לאחר תום החודש השלישי שלאחר הלידה.

4.3. אם המבוטח מאושפז בבית חולים או במחלקה שאינה סיעודית. למרות האמור, אם היה זכאי המבוטח לגמלת סיעוד במשך תקופה העולה על 30 ימים, טרם אושפז כאמור, לא יחול חריג זה.

4.4. הפיכת המבוטח ל"בעל צורך סיעודי" כתוצאה מהתמוטטות עצבים או ממחלת נפש או מליקוי נפשי אחר שאין לו קשר להשתנות אורגנית שאירעה למבוטח.

5. <u>תביעות ותשלומי המבטח</u>

5.1. בעל הפוליסה או המבוטח או בא כוחו, חייב למסור למבטח הודעה בכתב על הליקוי שגרם לצורך הסיעודי סמוך ככל האפשר למועד קרות מקרה הביטוח.

5.2. עם קבלת הודעה כאמור על ידי המבטח, יעביר המבטח ל<u>מודיע</u> את הטפסים הדרושים למילוי כתב התביעה ולמילוי הדוח של הרופא המטפל במבוטח. טפסים אלו, לאחר שימולאו כנדרש יש להחזיר למבטח תוך חודש ממועד קבלתם. בעל הפוליסה או המבוטח יהיה חייב להמציא למבטח את כל המסמכים הרלבנטיים האחרים הדרושים למבטח באופן סביר לשם בירור מקרה התביעה. כן יהיה המבטח רשאי לנהל כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה על ידי רופא/ה או אח/ות או מרפא/ה בעיסוק מטעמה. חובות בעל הפוליסה והמבוטח וזכויות המבטח כאמור לעיל בסעיף קטן זה יעמדו בתוקפן הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום גמלת הסיעוד.

5.3. לאחר קבלת מלוא המסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו עפ"י פרק זה, יקבל המבטח תוך 30 יום החלטה בדבר תשלום גמלת הסיעוד למבוטח ויודיע על כך לבעל הפוליסה או למבוטח. אם ההחלטה היא חיובית, ישלם המבטח את התשלומים כאמור החל מתום תקופת ההמתנה, בכפוף לאמור בסעיף 3. גמלת הסיעוד תשולם למבוטח או לאפוטרופוס שמונה לו כדין.

5.4. במות המבוטח חייב בעל הפוליסה או בא כוח המבוטח או יורשיו עפ"י הדין להודיע על כך למבטח.

5.5. המבטח ינכה מכל תשלום שעליו לשלם על פי הסכם הביטוח כל חוב המגיע לו על פי הסכם הביטוח מבעל הפוליסה מהמבוטח או מהמוטב.

5.6. תשלומי תגמולי הביטוח לפי נספח זה מותנים בקיום תנאי סעיף זה על ידי המבוטח ועל ידי כל אדם שחייב לעשות כל פעולה על פי סעיף זה.

6. <u>איסור התניה על כיסוי לביטוח סיעודי</u>

מבטח לא יתנה ביטול של כיסוי ביטוחי כלשהו בביטול של כיסוי לביטוח סיעודי קבוצתי, כלומר פוליסה לביטוח סיעודי תתבטל לגבי מבוטח מסוים רק אם ביקש לבטל את הכיסוי הסיעודי.

<u>פרק ה' - כתבי שירות</u>
<u>(החל מיום 01.01.2018, או במועד סיום הביטוח הסיעודי,</u>
<u>במידה והכיסוי הסיעודי יוארך לתקופה נוספת</u>
<u>בהסכמת המבטח ובעל הפוליסה, המאוחר מביניהם)</u>

1. **<u>כתב שירות רופא עד הבית</u>**

השירות ניתן על ידי:	פמי פרימיום בע"מ (להלן: **"פמי"**) או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: **"נותן השירות"**).
הזכאות לשירות ניתנת:	לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: **"המנוי"**) באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: **"המבטח"**). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.
השירותים למנוי:	שירותי רופא עד הבית מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך **25** ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו יימצא המנוי, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום). במקרים חריגים בהם נבצר מנותן השירות לספק למנוי את השירות בהתאם למועדים המופיעים בכתב השירות יודיע על כך מוקד השירות למנוי והמנוי יהא זכאי לקבל את אחד השירותים המפורטים להלן לפי בחירתו: 1. קבלת השירות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון וזאת לאחת קבלת אישור מוקד השירות של נותן השירות טרם הפניה לספק אחר. 2. קבלת השירות באמצעות יעוץ טלפוני עם רופא הספק. בחר המנוי לקבל את השירות אצל גורם אחר כאמור בסעיף 1 לעיל, ישפה הספק את המנוי בסך שאינו עולה על - 250 ₪ בניכוי דמי השתתפות עצמית כאמור לעיל.
שירות זה כולל:	1. קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשרות (להלן: **"החולה"**). 2. בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במכשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. 3. קבלת אבחנה רפואית. 4. מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 5. מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 6. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה ו/או רופא ילדים. 7. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי. 8. מתן תעודה רפואית.

אופן קבלת השירותים:	1. התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון **03-6388400** או **5590***, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת. 2. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד: - בשעות הבוקר (7:00- 19:00) - עד שלוש שעות. - בשעות הערב / לילה - (19:00-7:00) - עד שעתיים. 3. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כדין.
תוקף כתב השירות:	כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. **למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.**
באילו מקרים אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:	אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, כוח עליון וכיוצא בזה.
אחריות המבטח:	**המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו, וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.** **כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.**

2. **<u>שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית)</u>**

1. **השירות ניתן על ידי**:
פמי פרימיום בע"מ (להלן: "**פמי**") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "**נותן השירות**").

1 הזכאות לשירות ניתנת:
לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "**המנוי**") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**המבטח**"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

2 השירות למנוי:
יינתן לכל מנוי, אשר קיבל הפניה בכתב מאת הרופא המטפל לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה ו/או קבלת ייעוץ דיאטטי במרפאות ההסדר של נותן השירות.
שירותי הרפואה המשלימה יהיו אלה המפורטים להלן ואלה בלבד (להלן: "**השירותים**"):

- אקופונקטורה
- רפלקסולוגיה
- שיאצו
- אוסטיאפתיה
- כירופרקטיקה
- הומאופתיה
- פלדנקריז
- ביו-פידבק
- נטורופתיה
- ייעוץ דיאטטי
- שיטת אלכסנדר
- טווינה
- רפואה סינית

3 היקף השירות:

4.1 המנוי יהא זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים, כקבוע להלן, עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד המבטח באמצעות מוקד טלפוני ארצי (להלן: "**מוקד המבטח**").

4.2 סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 16 (שישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית, בין אם הטיפולים ינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים.

4.3 בכל מקרה מספר הטיפולים לו תהא זכאית משפחה המנוי כולה בשנת ביטוח אחת, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים, עבור ייעוץ דיאטטי תהא המשפחה המבוטחת זכאית ל - עד 6 טיפולים בשנת ביטוח.

5 אופן קבלת השירותים:

5.1 המנוי יתקשר טלפונית בעת שיהא זקוק לקבלת שירות למוקד המבטח, לטל' **03-6388400** או **5590*,** יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה בוטח.
המנוי יציג מכתב הפניית הרופא המטפל לטיפול הנדרש על ידו. אישור זה מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי ע"י מוקד המבטח לנותן השירות הרלוונטי.

5.2 המנוי יהא זכאי לבחור מרפאת הסדר הקשורה עם החברה, מתוך רשימת מרפאות הסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו לקבלת השירות, בה יקבל את השירות.

5.3 השירות יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר.

5.4 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.

5.5 הגעת המנוי למרפאת ההסדר אליה הופנה, תהא על חשבונו.

5.6 עם תום מתן השירות, יחתום המנוי על ספח ביקורת, לפיו הוא מאשר כי נותן השירות נתן את השירות.

5.7 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך למוקד (גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת ההסדר).

6 השתתפות עצמית:

6.1 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות שביצע השירות בפועל, השתתפות עצמית בסכום השווה ל - 20% (עשרים אחוז) ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.

7 באילו מקרים לא יינתן שירות:

7.1 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוצ').

7.2 השירות לא יינתן בקשר עם בעיות כרוניות ובעיות פסיכולוגיות, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם שבסעיף 16 לפרק המבוא בפוליסה.

7.3 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך ע"י הרופא המטפל במנוי הקובעת כי קבלת השירות הינה לצורך רפואי ברור.

7.4 השירות אינו כולל הוצאות המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.

7.5 במקרה של גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים או בנותני שירותים באזור רלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר ו/או נסיבות שהחברה לא ידעה ולא היה עליה לדעת עליהם.

8 תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. **למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.**

9 אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

3. **<u>כתב שירות לייעוץ פסיכולוגי</u>**

1. **השירות ניתן על ידי**:
פמי פרימיום בע"מ (להלן: "**פמי**") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "**נותן השירות**").

2. הזכאות לשירות ניתנת:
לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "**המנוי**") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**המבטח**"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

3. <u>ייעוץ טלפוני</u>
יעוץ פסיכולוגי טלפוני יינתן 24 שעות ביממה, בכל ימות השנה, למעט בערב יום כיפור מהשעה 14.00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.1. המנוי יהיה זכאי ליעוץ פסיכולוגי טלפוני ע"י מטפל (פסיכולוג קליני ו/או עובד סוציאלי קליני) בנושאים הקשורים לפרט, לזוגיות ולמשפחה, לילדים, מתבגרים ומבוגרים.
ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא :

א. התמודדות עם מוות במשפחה.
ב. התמודדות עם מחלות כרונית, מחלות סיעודיות ומחלות חשוכות מרפא.
ג. התמודדות עם ניתוחים.
ד. התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית החולים.
ה. התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה ו/או נכות, בעקבות תאונה.
ו. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
ז. התמודדות עם גירושין בין בני זוג.
ח. התמודדות עם בעיות סמים.
ט. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
י. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.
יא. התמודדות עם בעיות התפתחות של ילדים - מוטוריות, ורבלית, תפיסתית וכד'.
יב. התמודדות עם בעיות גמילה של ילדים - ממוצץ, בקבוק, יניקה וכד'.
יג. התמודדות עם בעיות התנהגות חריגות של ילדים בבית, בגן ילדים, בבית ספר.
יד. התמודדות עם בעיות התנהגות בקשר הורים -ילדים.
טו. התמודדות עם קשיי התאקלמות כתוצאה משינוי מקום מגורים.
טז. התמודדות עם מצב סיעודי של בן משפחה מדרגה ראשונה שהינו במצב סיעודי.
יז. התמודדות עם בעיות של הורים מבוגרים.
יח. התמודדות עם בעיות בעבודה.

4. <u>כיצד מקבלים את השירות?</u>
4.1. מנוי הנזקק לשירות הכלול בכתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד נותן השירות (להלן: "**המוקד**") בטלפון **03-6388400** או **5590*** (או בכל מספר אחר שתודיע החברה) להזדהות בשמו, למסור את מספר ת.ז שלו ולפרט את מספרי הטלפון בהם ניתן להשיגו.

4.2. בתוך 4 שעות, לכל היותר, ממועד פנית המנוי למוקד, יתקשר אל המנוי מטפל מטעם נותן השירות. במקרה דחוף, יתקשר מטפל מטעם נותן השירות בתוך שעתיים ממועד פניית המנוי למוקד.
4.3. המנוי רשאי להתקשר כמה פעמים שירצה, ללא הגבלה.
4.4. מנוי הרוצה בהמשך יעוץ טלפוני או בתיאום פגישה ליעוץ פסיכולוגי, יתקשר למוקד כמפורט בסעיף 4.1 שלעיל.
4.5. את תיאום הפגישות ליעוץ פסיכולוגי, יעשה המנוי ישירות עם נותן השירות או עם המטפל מטעמו, אליו יופנה.

5. <u>יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים</u>

5.1. המנוי זכאי ליעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות פנים אל פנים, עם מטפלים מטעם נותן השרות, בעלויות מופחתות, כדלקמן:
- 10 פגישות ראשונות עם פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני או פסיכותרפיסט - 140 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
- 2 פגישות ראשונות עם פסיכיאטר - 280 ₪ (כולל מע"מ) לכל פגישה.
- 25% הנחה על אבחונים של לקויות למידה והפרעות קשב. האבחונים נערכים באמצעות מכונים שבהסדר

5.2. מחיר פגישות נוספות, עם פסיכולוג, מעבר ל - 10 הפגישות להן זכאי המנוי בעלויות מופחתות, יקבעו בין המטפל למנוי בהתאם למקובל בענף זה, אך עלותם לא תעלה על - 250 ₪ (כולל מע"מ) לפגישה.
5.3. פגישת הייעוץ הראשונה תתקיים בתוך שבוע ימים ממועד הבקשה לפגישה, למעט מקרים דחופים, כפי שייקבע על-פי שיקול דעתו המלא והמקצועי של המטפל, בהם תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך יומיים מיום הבקשה לפגישה.
5.4. מובהר בזאת, כי המנוי יהיה זכאי לבחור מטפל מתוך רשימת מטפלים שיציע נותן השירות, בהתאם לבעיה וכי המטפל שנתן יעוץ טלפוני, לא בהכרח יהיה זה שייפגש עם המנוי.
5.5. למען הסר ספק, מובהר בזאת שאת התשלום עבור פגישות הייעוץ ישלם המנוי בעצמו ישירות למטפל.
5.6. **מובהר בזאת שהמנוי זכאי רק לטיפולים שניתנים בקליניקות פרטיות, ללא צורך באשפוז, טיפול פסיכיאטרי, טיפול במעון יום וללא צורך בהתערבות מוסדית כלשהי.**
5.7. **מובהר בזאת שהשירות לא כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.**

6. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.

7. אחריות המבטח:
המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י נותן השירות ו/או מי מטעמו וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.
כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

4. <u>כתב שירות לחיות בריא</u>

א. <u>הגדרות</u>
בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם. מובהר כי לא יחולו על כתב שירות זה ההגדרות שבפוליסה אליהן הוא מצורף.

1. "**החברה**" - כלל חברה לביטוח בע"מ.
2. "**מנוי**" - אדם ששמו הועבר ע"י החברה כזכאי לקבלת שירות ואשר שולמו בגינם דמי המנוי במלואם.
3. "**הספק**" - פמי פרימיום בע"מ או כל ספק שירות אחר לפי קביעת החברה.
4. "**מרפאות הסדר**" - מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
5. "**רופאי הסכם**" - רופאים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
6. "**מכוני הסדר**" - מכונים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
7. "**מטפל**" - מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח , ואשר פמי פרימיום התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
8. "**דיאטן**" - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
9. "**תזונאי**" - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
10. "**קלינאי תקשורת**" - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
11. "**מאמן כושר גופני**" - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
12. "**נותני השירות**" - מרפאות הסדר, מכוני הסדר, רופאי הסכם, מטפל, דיאטן, תזונאי, קלינאי תקשורת ומאמן כושר גופני.
13. "**מוקד השירות**" - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **6388400** - **03** או **5590***. על כל שינוי במספר הטלפון תימסר הודעה למנויים - בכתב או באמצעות מענה קולי במספר הטלפון הקודם של מוקד השירות שיודיע על מספר הטלפון החדש.
14. "**השתתפות עצמית**" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

ב. <u>היקף השירותים</u>

המנויים יהיו זכאים לקבל את השירותים הבאים בהתאם למפורט בכתב השירות להלן:

1. הרזיה רפואית
2. ליקויי למידה
3. גמילה מעישון
4. הפגת מתחים
5. מאמן אישי - טיפוח כושר גופני
6. רשת מכוני כושר

<u>פירוט השירותים :</u>

1. <u>הרזיה רפואית</u>

1.1. השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).

1.2. השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.

1.3. השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.

1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

1.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 75 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 150 ₪ בעבור כל אחת מ- 11 הפגישות הנותרות.

2. <u>ליקויי למידה</u>

2.1. השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה ילדים עד גיל 14. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.

2.2. השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:

2.2.1. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.

2.2.2. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.

2.3. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.4. למפגשי האבחון תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

2.5. למפגשי הטיפול ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, בסך 150 ₪ בעבור כל פגישה.

3. <u>גמילה מעישון</u>

3.1. השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.

3.2. השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.

3.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.

3.4. השירות יינתן בקליניקה של המטפל.

3.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 135 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 95 ₪ בעבור כל אחת מ- 9 הפגישות הנותרות.

4. <u>הפגת מתחים</u>

4.1. השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.
4.2. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
4.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 50 דקות.
4.4. השירות יינתן בבית המבוטח.
4.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 150 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

5. <u>מאמן אישי - טיפוח כושר גופני</u>

5.1. השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בנית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
5.2. השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
5.3. השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ- 60 דקות.
5.4. השירות יינתן בבית המבוטח.
5.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 125 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

6. <u>רשת מכוני כושר</u>

6.1. השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם הספק.
6.2. רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.
6.3. תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

ג. <u>אופן קבלת השירותים</u>

1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם החברה, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.
3. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.

4. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.
5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
7. בעת פניה למרפאה, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
8. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים**.
9. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.

ד. <u>אחריות המבטח:</u>

המבטח לא יהא אחראי לשירות הניתן ע"י הספק ו/או מי מטעמו, לרבות רופאים ומכוני הסדר, וכל ההשלכות הנובעות ממנו, ובכלל זה השירותים הרפואיים.
כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של הספק ו/או מי מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

ה. <u>תוקפו של כתב השירות</u>

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו. **למרות האמור, במידה וההסכם למתן שירות זה בין המבטח לבין נותן השירות יסתיים, מכל סיבה שהיא, יהיה המבטח רשאי לבטל את כתב השירות עבור כלל המנויים, באמצעות הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום. למרות האמור לעיל, המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות שהחל לקבל לפני תום כתב השירות וזאת עד לתומו.**

<u>הרובד המורחב (בתוספת פרמיה וכפוף להצהרת בריאות)</u>
פרק ו' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

1.1. "**מעבדה**" - מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.

1.2. "**בדיקות רפואיות אבחנתיות**" - בדיקות מעבדה, רנטגן, אק"ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I.) בדיקת PET וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.3. "**בדיקות הריון**" -

1.3.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, קנוון.

1.3.2. בדיקת סיסי שליה או בדיקת מי שפיר

1.3.3. סריקה על קולית מוקדמת או מאוחרת לסקירת מערכות העובר.

2. **מקרה הביטוח** - המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לשירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי כתוצאה מבעיה רפואית פעילה אשר התעוררה אצל המבוטח במהלך תקופת הביטוח.

3. **תנאים מוקדמים התחייבות המבטח**

הפניית המבוטח לייעוץ אצל מומחה תעשה על ידי רופא המשפחה ו/או הרופא המטפל ו/או רופא המבטח. קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה באישור מוקדם של המבטח. במידה ולא תיאם המבוטח מראש את הייעוץ, תתקבל תביעתו של המבטח במידה והינו זכאי עפ"י תנאי הסכם זה.

4. **התחייבות המבטח**

4.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח

התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה ו/או תאונה אשר בתחום מומחיותו. **למען הסר ספק, התייעצות רפואית עם רופא מומחה לא תכלול את רופא המשפחה ו/או רופא הילדים המטפל במבוטח.**
המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל התייעצות ולא יותר משתי (2) התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבוטח.

4.2. בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.2 לעיל ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 למבוטח בשנה.

4.3. בדיקות הריון

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 75% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות הריון כמפורט בסעיף 1.3 לעיל ועד הסך הנקוב בנספח 2 בגין כל בדיקות ההיריון למבוטחת להיריון.

תקופת אכשרה בסעיף זה - 9 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

4.4. טיפולי פיזיותרפיה

המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 למשך שנת ביטוח אחת. יכוסו עד 12 טיפולי פיזיותרפיה בשנת ביטוח אחת.

4.5. טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה

המבטח ישפה את המבוטח בגין הסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה הניתנים למבוטח במהלך תקופת הביטוח בין ע"י תשלום ישירות לבית החולים או למבוטח עצמו, אך לא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 2 בגין כל הטיפולים במהלך שנת ביטוח אחת.

4.6. עזרה ראשונה בכאבי שיניים

4.6.1. **מקרה הביטוח** - עזרה ראשונה לכאבי שיניים- טיפול לעזרה ראשונה ושיכוך כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייבים טיפול מתוך רשימת הטיפולים ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש. מקרה הביטוח, הנו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע אחד או יותר מהטיפולים שלהלן:

א. עצב מודלק.
ב. ניקוז מורסה משן נגועה.
ג. מתן מרשם לשיכוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית.
ד. פפליטוס עקב דחיסת מזון.
ה. דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.
ו. פריקורוניטיס.
ז. הורדת נקודת לחץ של תותבת.

4.6.2. **תגמולי הביטוח -** ההחזר ייעשה כנגד קבלות מקוריות שהמבוטח ימציא למבטח ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל טיפול כמוגדר לעיל ועד 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח למבוטח.

4.7. חוות דעת רפואית שנייה בחו"ל

<u>מקרה הביטוח</u> - הזדקקות המבוטח, אשר ברשותו חוות דעת ראשונה של רופא מומחה, לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי.

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

חוות דעת רפואית ראשונה הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר לרבות צילומי רנטגן, U.S., M.R.I., C.T. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה.

חוות דעת רפואית שנייה הינה דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למבוטח מנותן חוות הדעת השנייה. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

<u>סכום הביטוח</u> - שיפוי עד עלות חוות הדעת אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח ועד תקרה של 4,500 ₪.

המבוטח זכאי ל"חוות דעת שנייה" כמוגדר לעיל, אחת לכל שנת ביטוח.

5. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על כל פרקי ההסכם ועל כל נספחיו, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח ו/א ושיפוי למבוטח במקרים הבאים:

5.1. עבור בדיקות אשר אינן כלולות כמקרה ביטוח על פי הסעיפים 1.2 - 1.3 לעיל, על כל סעיפי המשנה שבהם.

5.2. עבור שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירותים התחייב לתת בעתיד.

5.3. בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

פרק ז' - כיסוי מורחב לניתוחים בארץ ובחו"ל, כיסויים רפואיים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

1. <u>מקרה הביטוח</u> - מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח.

2. <u>התחייבויות המבטח</u>

המבטח ישפה את המבוטח באופן מלא וישיר באמצעות נותן השירות או כנגד קבלות מקוריות שימציא לו המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המירבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות בגין ניתוחים המבוצעים בבית חולים פרטי ו/או בבית חולים מוסכם בתוך תקופת הביטוח, בקשר להוצאות שלהלן:

2.1. **התייעצות לפני ניתוח** - המבוטח יהיה זכאי לעד **שתי** התייעצויות לפני ניתוח עם מנתח הסכם או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי, כאשר השיפוי יהיה עד הסכום המשולם למנתח הסכם עבור ההתייעצות ולא יותר מ-700 ₪ להתייעצות.

2.2. **שכר מנתח -**

2.2.1. שכר מנתח הסכם - ישולם <u>במלואו</u> ישירות אליו.

2.2.2. שכר מנתח אחר - שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מהסכום המירבי המשולם במסגרת הסכם השירות לניתוח דומה.

2.3. **שכר רופא מרדים** - המבטח ישפה את המבוטח בעלות התשלום לרופא מרדים, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות לרופא מרדים לניתוח מסוג הניתוח שבוצע.

2.4. **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות עבור הוצאות לחדר ניתוח לניתוח מסוג הניתוח שבוצע.

2.5. **דמי האשפוז** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע שבהסכם השירות. יכוסו הוצאות אשפוז לתקופה של עד 30 יום.

2.6. **בדיקה פתולוגית** - תשולם ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות עבור בדיקה מסוג זה.

2.7. **חוות דעת שנייה בפתולוגיה** - תשולם ישירות לנותן השירות או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 2, ובכפוף להשתתפות העצמית של המבוטח, כמפורט בנספח 2.

2.8. **שכר אח/ות לאחר ניתוח** - ישולם סכום שלא יעלה על תקרת הסכום הנקוב בנספח 2 ליום ועד ל- 8 ימי אשפוז בגין ניתוח.

2.9. **שתל** - בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח הושתל בגופו שתל כמוגדר לעיל, ישתתף המבטח בעלות השתל עד לסכום הנקוב בנספח 2.

2.10. **פיזיותרפיה בעת אשפוז** - טיפולי פיזיותרפיה המבוצעים במהלך האשפוז שלאחר הניתוח - כיסוי מלא.

2.11. טיפולי פיזיותרפיה לאחר ניתוח - המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה לאחר אשפוז בגין הניתוח ועד 3 חודשים לאחר ביצוע הניתוח - עד 6 טיפולי פיזיותרפיה בגין ניתוח אחד, המכוסה על פי ההסכם, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 2.

2.12. **שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח** - המבטח יחזיר למבוטח הוצאות העברה באמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

3. <u>ביצוע הניתוח ללא השתתפות המבטח</u>

3.1. **במערכת הציבורית** - בוצע במבוטח ניתוח אלקטיבי, כהגדרתו לעיל, המכוסה על פי הסכם זה בבית חולים ציבורי ו/או במסגרת אחת מקופות החולים והמבטח לא השתתף במימון הניתוח, ישלם המבטח למבוטח סכום הנקוב בנספח 2 עבור כל יום אשפוז, החל מן היום השני לאחר הניתוח ועד 14 ימי אשפוז.
למען הסר ספק יובהר כי התשלום עפ"י סעיף זה לא יחול על השתלה ולא יינתן פיצוי לפי סעיף 2.12 לעיל במקרה של זכאות לפיצוי עפ"י סעיף זה.

3.2. <u>עד ליום 31.01.2014 יחול הסעיף הבא</u>:
במערכת הפרטית - בוצע במבוטח ניתוח המכוסה ע"פ הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופת החולים, במידה וימציא המבוטח למבטח טופס 17 - יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מערך הטופס עפ"י מחירון משרד הבריאות.

<u>החל מיום 01.02.2014 יחול הסעיף הבא</u>:
במערכת הפרטית - בוצע במבוטח ניתוח המכוסה ע"פ הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופת החולים, במידה וימציא המבוטח למבטח טופס 17 - יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.

4. <u>ביצוע ניתוח בחו"ל</u>

4.1. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבוטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיף 1 לעיל על כל סעיפי המשנה שבו, כמפורט להלן:

4.1.1. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצועו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות **באורח מלא וישיר**.

4.1.2. בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצועו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בעבור ההוצאות כמפורט בהסכם זה בהיקף של עד 200% מההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם, כהגדרתו לעיל, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.

4.1.3. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה בחו"ל והוא נפטר חו"ח, ישלם המבטח את הוצאות הטסת גופתו לישראל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 2.

5. <u>הוצאות נלוות לניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח בחו"ל</u>

בנוסף לאמור בסעיף 4 לעיל, ישפה המבטח את המבוטח, במקרה של ניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח גם בגין ההוצאות הבאות:

5.1. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 2.

5.2. הוצאות שהיית המלווה בחו"ל, עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 2 לכל יום שהייה ועד תקופה מרבית של 30 ימים.

6. <u>כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים</u>

6.1. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה - AIDS ו/או הפטיטיס B

6.1.1. **מקרה ביטוח** - מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או בהפטיטיס B כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה על פי הסכם זה שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח.

6.1.2. **מהות הכיסוי** - מבוטח אשר קרה לו מקרה ביטוח יהא זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 2, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים, כי הידבקותו במחלה כאמור לעיל אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים בישראל.

6.2. פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוגר מגיל 65-21)

6.2.1. מבוטח שאיבד את כושר עבודתו כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח, המכוסה על פי הסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי בסך הנקוב בנספח 2, לתקופה אשר במהלכה המבוטח הינו במצב של אבדן כושר עבודה ועד 24 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 60 יום ובתנאי שהוכח קשר ישיר לביצוע הניתוח.

6.2.2. **למען הסר ספק, לא יכוסה במסגרת כיסוי זה אובדן כושר עבודה שסיבתו אינה ביצוע הניתוח עצמו, אלא המחלה ו/או התאונה אשר בגינם בוצע הניתוח.**

6.3. תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח (למבוטח בין 21- 65)

6.3.1. מקרה הביטוח - מות המבוטח במהלך תקופת הביטוח כפי שיוגדר בפרק זה בסעיף קטן 6.3.1.1 להלן כתוצאה ישירה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי הסכם זה.

6.3.1.1. **תקופת הביטוח לצורך פרק זה** - תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה הינה ממועד כניסת המבוטח לחדר ניתוח בבית חולים לביצוע הניתוח למשך 7 יממות ממועד זה, ובתנאי מפורש כי בתחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה היה הסכם הביטוח בתוקף לגבי אותו מבוטח.

6.3.1.2. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הינו ביצוע הניתוח במבוטח בפועל.

6.3.1.3. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בהם ניתוח יחיד והם יהוו מקרה ביטוח אחד.

6.3.2. סכום הביטוח - ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף 6.3.1 לעיל, יפצה המבטח את המוטבים או את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסך הנקוב בנספח 2.

7. <u>חריגים:</u>

על פרק זה יחולו החריגים הכלליים שבהסכם זה, אשר יחולו במלואם על כל פרקי הביטוח, וכן החריגים המפורטים בפרק ג' בנספח 1 להסכם זה - כיסוי ניתוחים משלים שב"ן.

8. <u>טיפולים מחליפי ניתוח</u>

8.1. **מקרה הביטוח** - מצבו הבריאותי של המבוטח המצריך ביצוע ניתוח המכוסה על פי תנאי ההסכם, ואשר נקבע על ידי רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח.

8.2. **"טיפול חלופי"** - טיפול רפואי המחליף את הניתוח המהווה את מקרה הביטוח, בתנאי כי טיפול רפואי זה יביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה בהסכם זה.

8.3. המבוטח יהא זכאי לבצע טיפולים רפואיים הנעשים כתחליף לניתוח בכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

- ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על הצורך לביצוע ניתוח.
- המבוטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.
- ישנה המלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.
- הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח בישראל בלבד.

8.4. השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הינו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח או עד סך של <u>150,000 ₪</u>, לפי הנמוך מביניהם.

8.5. נזקק המבוטח בביצוע הניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיזוז הסכום ששולם למבוטח בגין הטיפול החלופי במידה ובתוך 12 חודשים ממועד הטיפול החלופי (במידה ומדובר בסדרת טיפולים מתום הטיפול האחרון) בוצע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי.
במידה והניתוח יבוצע לאחר שחלפו 12 חודשים ממועד הטיפול החלופי, לא יקוזזו הסכומים הנ"ל, ויראו בניתוח המבוצע ניתוח חוזר.

8.6. <u>חריגים</u>

בנוסף לחריגים הכלליים בהסכם ולחריגים המפורטים בפרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח, במקרים הבאים:

8.6.1. טיפולים הניתנים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה והיפרתרמיה.

8.6.2. טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולים כימותרפיים.

8.6.3. טיפולים חלופיים שהינם ניסיוניים.

8.6.4. טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח לאחר תום תקופת ההסכם.

8.6.5. הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת אשפוז.

9. מבוטח אשר הינו עובד קבוע, העמית בתכנית שב"ן, אשר יבקש לרכוש כחלופה לכיסוי מלא לניתוחים עפ"י פרק זה, ביטוח הכולל כיסוי לניתוחים מעבר לשב"ן, יוכל לעשות זאת בהתאם לתנאים הקבועים בפרק ג' בנספח 1 להסכם תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בהסכם הקבוצתי.

פרק ח' - הרחבת הביטוח הסיעודי לכל החיים למבוטחים מעל גיל 21 (בתוקף עד ליום 31.12.2017)

הרחבת הביטוח הסיעודי למשך כל חיי המבוטח הסיעודי

מבוטחים מעל גיל 21 ברובד הבסיסי עפ"י הסכם זה, רשאים להרחיב את הביטוח הסיעודי הבסיסי כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם, לפיצוי למשך כל חיי המבוטח הסיעודי (ולאחר תקופת המתנה של 36 חודשים), בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום וקבלת אישור המבטח בכתב על הרחבת הכיסוי הסיעודי כאמור.

למען הסר ספק, תוספת דמי הביטוח בגין הרחבת הכיסוי הסיעודי הינה כמפורט בסעיף 8 בהסכם זה לעיל.

כל תנאי הביטוח הסיעודי כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם, לרבות החריגים הכלולים בו והחריגים הכלליים שבהסכם זה יחולו גם על פרק זה, בשינויים המחויבים.

נספח 2
רשימת גבולות אחריות המבטח

כל הסכומים נקובים לפי מדד 11,664 נק'

	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
נספח 1 פרק א' השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	2.1	השתלות השתלת לב מלאכותי (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית)	הוצאות מוכרות במסגרת האשפוז: אצל נותני שירות שבהסכם - שיפוי מלא אצל נותני שירות שלא בהסכם - עד 3,584,000 ₪ ועד תקרת הסכומים המשולמים לנותני שירות שבהסכם עד 896,000 ₪
	2.2	טיפול מיוחד בחו"ל	עד 537,600 ₪
	2.3.2	איתור איבר להשתלה, קציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ההשתלה, איתור תורם מח עצם	עד 100,000 ₪
	2.3.10	הוצאות נסיעה לחו"ל	עד 21,500 ₪
	2.3.11	הוצאות הטסה רפואית	עד 84,000 ₪
	2.3.12	הוצאות לשהייה בחו"ל	עד 717 ₪ ליום ועד 220,000 ₪
	2.3.13	הוצאות הבאת מומחה לישראל כתחליף לטיפול מיוחד	עד 71,300 ₪
	2.3.14	טיפולי המשך הנובעים ממקרה הביטוח	עד 35,840 ₪ להשתלה ועד 17,920 ₪ לטיפול מיוחד
	2.4	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה	286,720 ₪
	2.5	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב ריאה, ריאה, לבלב כליה, כליה לבלב, מוח עצמות מתורם אחר ותאי גזע מדם טבורי של תורם אחר	9,000 ₪ למשך 24 חודשים 4,500 ₪ למשך 12 חודשים ילד עד גיל 21- מחצית מסכום הגמלה.

	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
נספח 1 פרק ב' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי	3.2	סכום השיפוי המירבי	עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
	3.3	עלות מתן שירות	עד 215 ₪ ליום ולמשך 45 יום
	4	השתתפות עצמית של המבוטח	200 ₪ למרשם לחודש לתרופה
נספח 1 פרק ג' כיסוי ניתוחים משלים שב"ן	4.7	השתתפות עצמית למבוטח שאין ברשותו שב"ן	2,500 ₪ למקרה ביטוח
	5.5	שתל	עד 30,000 ₪
	6.2	שכר אח/ות פרטי/ת לאחר ניתוח	עד 650 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז
	6.5	חוות דעת שניה בפתולוגיה	עד 500 ₪ לבדיקה, כפוף להשתתפות עצמית של 20%
	6.6	טיפולי פיזיותרפיה לאחר אשפוז	עד 150 ₪ לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
	8.1	תשלום חד פעמי במקרה מוות כתוצאה מניתוח	107,000 ₪
	8.2	פיצוי בגין אבדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח	4,300 ₪
נספח 1 פרק ד' ייעוץ בגין מחלה קשה	1	ייעוץ בגין מחלה קשה	עד 715 ₪ לייעוץ
נספח 1 פרק ה' ביטוח סיעודי	3.1.2	גובה גמלת הסיעוד החודשית	4,300 ₪
נספח 1 פרק ו' שירותים אמבולטוריים	4.1	התייעצות עם רופא מומחה	עד 800 ₪, כפוף להשתתפות עצמית של 20%
	4.2	בדיקת רפואיות אבחנתיות (למעט MRI) בדיקת MRI	עד 2,800 ₪ עד 4,500 ₪ כפוף להשתתפות עצמית של 20% לבדיקה
	4.3	סה"כ בגין כל בדיקות הריון	עד 2,700 ₪ להריון כפוף להשתתפות עצמית של 25% לבדיקה
	.4.4	טיפולי פיזיותרפיה	עד 190 ₪ לטיפול, כפוף להשתתפות עצמית של 20%
	4.6	טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה	עד 8,500 ₪ לשנת ביטוח

	מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
	4.7	עזרה ראשונה לטיפולי שיניים	לכל אחד מטיפולי החירום- עד 100 ₪. לאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים - עד 200 ₪. עד ל- 5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.
נספח 1 פרק ז' ניתוחים מורחב, כיסויים נלווים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח	2.7	חוות דעת שניה בפתולוגיה	עד 500 ₪ לבדיקה, כפוף להשתתפות עצמית של 20%
	2.8	שכר אח/ות פרטי/ת לאחר ניתוח	עד 650 ₪ ליום ועד 8 ימי אשפוז
	2.9	שתל	עד 30,000 ₪
	2.11	טיפולי פיזיותרפיה לאחר אשפוז	עד 150 ₪ לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
	3	ביצוע ניתוח ללא השתתפות המבטח	פיצוי בגובה 750 ₪ ליום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז בסה"כ
	4.1.3	הטסת גופת המבוטח	עד 20,500 ₪
	5.1	הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה למבוטח ולמלווה	עד 18,500 ₪
	5.2	הוצאות שהיית מלווה בחו"ל	עד 630 ₪ ועד 30 יום בסה"כ.
	6.1	מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה - AIDS או הפטיטיס B	185,000 ₪
	6.2.1	פיצוי בגין אבדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח	3,000 ₪
	6.3.2	תשלום חד פעמי במקרה מוות כתוצאה מניתוח	100,000 ₪

נספח א' – תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשע"ה-2015
יחולו על הביטוח הסיעודי החל מיום 01.01.2016

1. צירוף מבוטח

1.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד;

או

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

לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעי ף משנה זה– פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי נפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

1.2 האמור בסעיף 1.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית היתה 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 מהכיסויים האלה:

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

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

2. <u>ביטול הביטוח לגבי מבוטח</u>

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 1.1 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיפים 1.1, 1.2, 1.3 ו- 3 בנספח זה לעיל ולהלן, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 1.2(2) לעיל. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בסעיף 5, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 7.1.3, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

3. <u>העלאת דמי ביטוח</u>

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 בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו.

לעניין זה, "**העלאה של דמי הביטוח**" –

(1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

(2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל 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;

4. <u>מתן מסמכים למבוטח</u>

4.1 מתן מסמכים למבוטח:

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

4.1.2 על אף האמור בסעיף 4.1.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין –

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

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

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

"**שינוי בדמי הביטוח**" לעניין סעיף זה וסעיף 4.2.1 להלן- לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות הגיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

4.1.3 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

4.1.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלם המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

4.2 מתן הודעות למבוטח:

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

נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיפים 1.1, 1.2, 1.3 ו- 3 בנספח זה לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 1.2(2) לעיל;
לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

(א1) 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.

(א2) 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 חידשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

(א3) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 1.3(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקה הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

5. <u>תקופת הביטוח</u>

למען הסר ספק מובהר כי הביטוח לא יפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בפוליסה, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

6. <u>כפל ביטוח</u>

6.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה 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.

6.2 בפוליסות שתגמולי הביטוח 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.

7. <u>הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה</u>

7.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

7.1.1 כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

7.1.2 כי ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

7.1.3 והוא: מעביד - לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.



תמורה בריאות

בהיוודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי הביטוח הרפואי ולצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה יש לפנות תחילה אל אגף הבריאות של תמורה סוכנות לביטוח בע"מ:
טלפון: 077-2226099 שלוחה 3 או 6099* | פקס: 077-2225343
דואר אלקטרוני: Health@Tmu.co.il
רח' החרש 4 נווה נאמן ת.ד 77 הוד השרון 4510002
www.tmu.co.il

YDB
ברס-ים יועצים בע"מ
Beres-Yam Advisers Ltd.

התוכנית מלווה על ידי היועצים לתוכנית הביטוח:
YDB יועצים בע"מ
טלפון: 03-6911390 | פקס: 03-6958662
מייל: ydb@ogen.co.il

להזמנת שירות ביקור רופא וכתבי שירות נוספים
ולצורך קבלת סיוע בנושאי ביטוח בריאות
נשמח לעמוד לרשותך בטלפון שמספרו : 03-6388400 | 5590*



כלל חברה לביטוח בע"מ | חטיבת הבריאות
מען למשלוח דואר: ת.ד 37070 תל אביב 6136902
מוקד שירות לקוחות לרשותך 24 שעות
טלפון: 03 - 6388400 / 5590 * | פקס לתביעות: 077-6383290
www.clal.co.il