



עובדי נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) עובדי סימפלקסיסי ובני משפחותיהם



עובד/ת יקר/ה,

אנו שמחים להציג בפניכם את ביטוח הבריאות הקבוצתי לעובדי נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ ובני משפחותיהם ולעובדי סימפלוקסיסי בע"מ ובני משפחותיהם, באמצעות סוכנות "דוידוף-תמורה" על ידי חברת "כלל חברה לביטוח בע"מ" החל מיום 01/05/2022.

חברת נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ וסימפלוקסיסי בע"מ, מייחסות חשיבות רבה לתחום הבריאות ולכן השקיעו מאמצים רבים לבחור את ביטוח הבריאות הרחב, האיכותי והרלוונטי ביותר.

תוכנית זו, באה לתת מענה לחסרונותיה של הרפואה הציבורית בישראל המוגבלת במשאביה ומתקשה לתת את הפתרונות במקרה של צורך רפואי בשעת צרה, וכוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספיק במסגרת קופות החולים לרבות השתלות, ניתוחים בארץ ובחו"ל, תרופות, טיפולים פסיכולוגיים ועוד.

התוכנית נועדה להעניק לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון עבור המקרים המכוסים בה. אנו מייחסים לתוכנית זו חשיבות רבה לשמירה על איכות חיים לעיתים אף להצלת חיים.

עובדי נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ וסימפלוקסיסי בע"מ זכאים לביטוח בריאות במסגרת תוכנית זו מיום הצטרפותם לארגון במימון מלא של החברה לרבות שווי המס.

בחברת זו, תמצא/י מידע המפרט את הכיסוי הביטוחי בתוכנית, את אופן צירוף בני המשפחה וכיצד עליך לנהוג במקרה של תביעה.

לתשומת ליבך, צרוף בני משפחה ללא חיתום וללא חתימה על הצהרת בריאות: עד תאריך 30/07/2022 או תוך 90 יום ממועד הצטרפות לחברה (לעובדים שהתחילו אחרי ה- 01/05/2022).

צרוף בני משפחה בתשלום מלא על ידי העובד בניכוי הסכומים מתלוש השכר נטו.

בברכת בריאות טובה,

משאבי אנוש

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק	
3	גילוי נאות	
36	אופן הגשת תביעה	
38	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי	
59	פרק א' – השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל	
63	פרק ב' – תרופות שאינן בסל הבריאות	
66	פרק ג' – הרחבה לתרופות	
70	פרק ד' – ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	
74	פרק ה' – שירותים אמבולטוריים	
80	פרק ו' – ניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל	
84	פרק ו'1 – ניתוחים בישראל משלים לשב"ן	
89	פרק ז' – כתב שירות אבחון ישיר	

תמצית תנאי הביטוח – ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ ובני משפחותיהם ולעובדי סימפלקסיסי בע"מ ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ ובני משפחותיהם ולעובדי סימפלקסיסי בע"מ ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי – השתללות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, ניתוחים בחו"ל, אמבולטורי, ניתוחים מהשקל הראשון / ניתוחים משלים, כתב שירות.
תקופת הביטוח	מיום 01.05.2022 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 30.04.2027. תינתן למבוטחים זכות להמשך הביטוח, בהתאם להוראות סעיף 4.5 לפוליסה.
תיאור הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי: (פרק א') השתללות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, (פרק ב') תרופות שאינן בסל הבריאות, (פרק ג') הרחבה לתרופות, (פרק ד') ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, (פרק ה') שירותים אמבולטוריים, (פרק ו') ניתוחים בישראל מהשקל הראשון, (פרק ו'1') ניתוחים בישראל משלים שב"ן (חליפי לפרק ו'), (פרק ז') כתב שירות – אבחון ישיר.
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	ראה סעיפים 13 ו-15 להסכם ביטוח בריאות קבוצתי בפוליסה. סעיף 22 להסכם ביטוח בריאות קבוצתי בפוליסה בעניין מגבלות על השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי. סעיף 5 בפרק ב' בפוליסה סעיף 4 בפרק ג' בפוליסה סעיפים 1.4 ו-2.3 בפרק ד' בפוליסה סעיף 5 בפרק ו' בפוליסה סעיף 5 בפרק ו'1 בפוליסה
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹	כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק

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

תמצית פרטי הפוליסה

כמפורט בטבלה מטה בהתאם לכל פרק

השתתפות עצמית

האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

- ניתוחים בישראל מהשקל הראשון – רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.
 - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.
 - שירותים אמבולטוריים – חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.
 - כתב שירות אבחון ישיר - רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

עלות הביטוח

מבוטחים	בגין פרקים א'-ו'+ז'- מסלול ניתוחים בישראל ומחליפי ניתוח בישראל	בגין פרקים א'-ה'+ו'+ז'- מסלול ניתוחים משלים לשב"ן
ילד עד גיל 25 (כולל)	39	36
בוגר (עובד / בן/בת זוג/ ילד בוגר מעל גיל 26)	128	120

*הסכומים צמודים למדד המחירים לצרכן 12,711 שפורסם ביום 16.02.2022
 *הפרמיה כפופה להתאמת פרמיה במפורט בסעיף 7 בפוליסה.

שים לב!

מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. **מחירי הביטוח למוצרים אלו נכונים למועד פרסומם.**

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²		
פרק א' השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל	השתלות	כיסוי מלא	השתלת איבר באמצעות נותן שירות (שבהסכם (סעיף 2.1)	עד 5,000,000 ₪	
		השתלת איבר אחר (סעיף 2.1)			השתלת לב מלאכותי (סעיף 2.1)
		השתלת לב מלאכותי (סעיף 2.1)			עד 400,000 ₪
	טיפול רפואי מיוחד	שיפוי בגין הוצאות בפועל טיפול מיוחד בחו"ל (סעיף 2.2)	עד 1,000,000 ₪	90 יום	

² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ³ (אכשרה)	
הוצאות נלוות	שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור איבר וקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו ל מקום ביצוע ההשתלה (סעיף 2.4.2)	עד 100,000 ₪	90 יום	
	הוצאות שהייה בחו"ל (סעיף 2.4.11)	1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה יחיד במצטבר, 1,400 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים במצטבר (למבוטח קטין) ועד סה"כ 65 יום.		
	הוצאות לטיפול המשך בארץ ובחו"ל (סעיף 2.4.12)	עד 230,000 ₪ ועד 6 חודשים		
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 2.4.13)	ללא הגבלת סכום		
	הבאת רופא מומחה לישראל (סעיף 2.5)	עד 200,000 ₪		
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת (סעיף 2.4.13)	ללא הגבלת סכום		

³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	
פרק א' השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל	הוצאות נלוות	הבאת רופא מומחה לישראל (סעיף 2.5)	עד 200,000 ₪	90 יום
	פיצוי	פיצוי להשתלות (למעט השתלה עצמית) (סעיף 2.6)	בסך 250,000 ₪	
		פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח (סעיף 2.7)	בסך 250,000 ₪	
		גמלת החלמה בעקבות השתלה (סעיף 2.8)	עד 7,000 ₪ ועד 24 חודשים (בכפוף למפורט בסעיף 2.8)	
		גמלה חודשית למועמד להשתלה (סעיף 2.9.1)	פיצוי חודשי בסך 8,000 ₪ לתקופה שעד ביצוע ההשתלה בפועל, ולא יותר מ- 6 חודשים או לפיצוי חודשי בסך 4,000 ₪ ולא יותר מ- 6 חודשים למבטח השוהה באשפוז בבית חולים או בבית חולים שיקומי	
הערות	<p>בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008 ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:</p> <p>(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.</p> <p>(2) מתקיימות הוראות החוק האמור לענין איסור סחר באיברים.</p>			
	<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>			

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית	
פרק ב' – תרופות שאינן בסל הבריאות	תרופה יתומה (סעיף 2.4)	הכיסוי יינתן עד 3,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. סכום זה יתחדש לכל שתי שנות ביטוח נוספות לסכום נוסף של 2,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.	90 יום	200 ₪ לתרופה לחודש. לא תחול השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה החודשית מעל 600 ₪. ראה סעיף 4 לפוליסה.	
	תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות (סעיף 3.2)				
	תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות להתוויה רפואית אחרת (סעיף 3.2)				
	תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית (סעיף 3.2)				
הוצאות רכישת התרופה	השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך בנטילת התרופה. (סעיף 3.3)	עד 200 ₪ ליום ועד 60 ימים בגין מקרה ביטוח. מובהר כי סכום זה כלול בסכום גבול האחריות שפורט לעיל.			
הוצאות נטילת תרופה					
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמול ביטוח.

⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמול ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁶	השתתפות עצמית	
פרק ג' - הרחבה לתרופות	בדיקה לאבחון וטיפול בסרטן	שיפוי בגין ביצוע בדיקה למבוטח שחלה בסרטן שמטרתה אפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן לצורך סיוע בקבלת החלטה טיפולית ואפיון דרכי הטיפול התרופתי, תוך בחינת הנסיבות האישיות של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות של גידולים לבחינת השפעת והתאמת הטיפול בסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה (Personalized Medicine). (סעיף 2.1.2)	80% עד 20,000 ₪ במצטבר לכל הבדיקות בכל תקופת הביטוח.	20% מהתשלום	90 יום

⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁷	השתתפות עצמית	
פרק ג' - הרחבה לתרופות	תרופה נוספת	כיסוי עד לסך של 80,000 ₪ בחודש ועד 300,000 ₪ במצטבר למשך כל תקופת הביטוח. במקרה שהוכחה יעילות התרופה, עד 600,000 ₪ במצטבר לכל תקופת הביטוח.	90 יום	20% מהתשלום	
	הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸	השתתפות עצמית	
כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	ניתוח פרטי בחו"ל	אם תואם ע"י המבטח – כיסוי מלא; ללא תיאום - עד 200% מהמפורסם באתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il	90 יום	—	
	עלות שתלים (סעיף 1.3.2.1)	עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח			
	שכר אח/ות לאחר ניתוח (סעיף 1.3.2.2)	עד 750 ₪ ליום, עד 8 ימים			
	התייעצות לפני ניתוח (סעיף 1.3.2.3)	שתי התייעצות עם מנתח עד 4,000 ₪. רופא מומחה, עד 1,200 ₪.			

⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה						
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁹	השתתפות עצמית		
פרק ד' - כיסוי לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	הוצאות נוספות בקשר עם ביצוע הניתוח	טיפול באמצעות מקרופגים (סעיף 1.3.2.4)	עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח	---		
		הטסת גופה (סעיף 1.3.2.5)				ללא מגבלת סכום
		הבאת מומחה לישראל (סעיף 1.3.3)				עד 80,000 ₪
	הוצאות כרטיס טיסה והעברה יבשתית (סעיף 1.3.4.1)	הוצאות במחלקת תיירים והוצאות העברה יבשתית סבירות. למבוטח ומלווה ועד שני מלווים (במקרה) של קטין)	90 יום			
		הוצאות נוספות לניתוחים נבחרים בחו"ל	עד 1,000 ₪ ליום למלווה יחיד, 2,000 ₪ ליום לשני מלווים במצטבר (למבוטח קטין) ועד 30 יום			
			הטסה רפואית (סעיף 1.3.4.3)			עד 100,000 ₪
			המשך מעקב רפואי בחו"ל (סעיף 1.3.4.4)			עד 100,000 ₪

⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁰	השתתפות עצמית	
כיסויים להוצאות נוספות לאחר ניתוח פרטי בחו"ל	טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק לאחר ניתוח (סעיף 1.3.5.1)	80% מהתשלום, עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח	90 יום	20% מהתשלום	
	שיקום כושר הדיבור או הראיה (סעיף 1.3.5.2)	80% מהתשלום, עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים			
לניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל (סעיף 2.2)	200% מעלות הניתוח המוחלף בישראל. בתאום מראש עם המבטח – עד 50,000 ₪. ללא תאום מראש עם המבטח – עד 25,000 ₪ למקרה ביטוח.			
	הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

¹⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹¹	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	התייעצות עם רופא מומחה	80% מהתשלום ועד 1,000 ₪ להתיעצות, ובכל מקרה לא יותר מ-6 התייעצויות לשנת ביטוח (מתוכן עד 3 התייעצויות עם פסיכיאטר)	90 יום	20% מהתשלום.	
	חוות דעת שנייה בחו"ל	שיפוי בגין הוצאות עבור חוות דעת שניה בחו"ל (סעיף 4.2)	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-2,000 ₪ לחוות דעת אחת לכל תקופת הביטוח		

¹¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוסח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ¹² (אכשרה)	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אмбуלטוריים	בדיקות רפואיות אבחנתיות	80% מהתשלום בפועל, עד 4,500 ₪ לבדיקה ועד בסה"כ 13,500 ₪ בשנת ביטוח יחד עם בדיקות הריון.	90 יום	20% מהתשלום.	שיפוי בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות. (סעיף 4.3). "בדיקות רפואיות אבחנתיות" כוללות את הבדיקות הבאות - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.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.

¹² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ¹³ (אכשרה)	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריים	בדיקות הריון	עד 80% מתשלום ההוצאות ולא יותר מ- 2,000 ₪ לבדיקה ועד 4,500 ₪ במצטבר. לשנת ביטוח. בכל מקרה כ"כ בגין בדיקות אבחנתיות ובדיקות הריון לא יותר מ 13,500 ₪ לשנת ביטוח.	180 יום	20% מהתשלום.	שיפוי בגין בדיקות הריון (סעיף 4.4). "בדיקות הריון" כוללות את הבדיקות הבאות: סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, קנוון, בדיקת סיסי שליה לנשים, שקיפות עורפית, סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר, סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר, בדיקת מי שפיר, חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה, בדיקת דם מסוג verify, כל בדיקה אחרת נוספת הקיימת היום או שתהיה קיימת בעתיד.

¹³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ¹⁴ (אכשרה)	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה	עד 80% מתשלום ההוצאות בפועל ועד 1,500 ₪ לכל תקופת הביטוח	עד 180 יום	20% מהתשלום.	
	טיפול הפרייה חוץ גופית בארץ ובחו"ל	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולי הפרייה חוץ גופית (IVF) בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום ליקויי פריון בישראל (IVF) (סעיף 4.6)	עד 80% מהסכום ששולם בפועל ועד 10,000 ₪ לכל סדרת טיפולים. ועד 2 סדרות טיפולים בסה"כ		
	טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה ללא קשר לניתוח	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה ללא קשר לניתוח (סעיף 4.7)	עד 90 יום	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בסה"כ לשנת ביטוח	

¹⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ¹⁵ (אכשרה)	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	רפואיים אביזרים	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-1,500 ₪ לאביזר לכל תקופת הביטוח	90 יום	20% מהתשלום.	השתתפות בהוצאות בגין אביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר (סעיף 4.8)
	אחות/פרטיות	עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-700 ₪ לטיפול ועד 8 ימים בשנה			

¹⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁶	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	שיפוי בגין הוצאות עבור שיקום כושר הדיבור, או הראיה, בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה (סעיף 4.10)	עד 80% מהסכום ולא יותר מ-150 ₪ לטיפול ועד 5 טיפולים בתקופת הביטוח	90 יום	20% מהתשלום.	
		עד 80% מההוצאות בפועל ועד 150 ₪ לחודש ועד 10 חודשים			

¹⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁷	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	טיפול בדום נשימה והפרעות בשינה	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לכל תקופת הביטוח	90 יום	20% מהתשלום.	
	טיפול בשינה	עד 80% מההוצאות בפועל בגין כל טיפול עד 3 טיפולים לשנת ביטוח ועד למבוטח ועד 150 ₪ לטיפול.			
כיסוי לטיפול בחדר מלח	טיפול בגין הוצאות עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לדום נשימה והפרעות נשימה בשינה (סעיף 4.12)	עד 80% מההוצאות בפועל בגין מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להנחית רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול (סעיף 4.13)			
	טיפול בגין הוצאות עבור טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, בכפוף להנחית רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול (סעיף 4.13)				

¹⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁸	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריים	אבחון בעיות התפתחות של ילדים	עד 80% מההוצאות ועד 1,000 ₪ לכל תקופת הביטוח	שיפוי בגין הוצאות עבור אבחון בעיות התפתחות של ילדים (סעיף 4.14)	20% מהתשלום.	180 יום
	טיפול בבעיות התפתחות של ילדים	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ- 100 ₪ לטיפול ועד 10 טיפולים בשנת ביטוח לכל סוגי הטיפולים ביחד	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפול בבעיות התפתחות של ילדים שניתנו על-ידי פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת/ מרפא בדיבור ו/או פסיכולוג התפתחותי, וזאת בגין בעיות התפתחותיות ו/או ליקוי למידה אשר אובחנו במבוטח, בכפוף להמלצת רופא מומחה ובתנאי שלא טופל בטיפולים אלו טרם הצטרפותו לביטוח (סעיף 4.15)		

¹⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁹	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	טיפולים פסיכולוגיים	עד 230 ש"ח ליעוץ ועד עשרה יעוציים לשנת ביטוח	90 יום	20% מהתשלום	שיפוי בגין טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל עובד סוציאלי ו/או טיפול פסיכיאטרי, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל (סעיף 4.16)
	מימון לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל	עד 75% מההוצאות בפועל, וזאת עד 15,000 ש"ח לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.	180 יום	25% מהתשלום	שיפוי עבור שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 (סעיף 4.17)
	פיצוי לאחר אשפוז שלא מניתוח	400 ש"ח ליום ועד 10 ימים	90 יום	—	פיצוי לאחר אשפוז בבית חולים שלא כתוצאה מניתוח (סעיף 4.18)

¹⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁰	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריום שירותים	רפואה משלימה	עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ 150 ש"ח לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח	90 יום	20% מהתשלום.	שיפוי בגין הוצאות טיפולי רפואה משלימה הכוללים את הטיפולים הבאים: הומיאופתיה, כירופרקטיקה, רפלקסולוגיה, שיאצו, ביו פידבק, פלדנקרייז, אוסטיאופתיה, היפנוזה, נטורופתיה, אקופונקטורה, רפואה סינית, טווינה, הרבולוגיה, שיטת אלכסנדר, תזונה, שיטת פאולה, פרחי באך, ייעוץ דיאטטי. בכפוף לקביעת הצורך בטיפול על ידי רופא, והמרפאה שאליה הופנה המבוטח מאושרת ע"י המבטח. (סעיף 4.19)

²⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²¹	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריום	טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חוליתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם	עד 80% מההוצאות ועד 3,500 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.	90 יום	20% מהתשלום.	

²¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסיים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ²² (אכשרה)	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריים	הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי	עד 80% מההוצאות ועד ₪ 3,000 למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח	90 יום	20% מהתשלום.	

²² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²³	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריים שירותים	הזרקות לטיפול בהזעת יתר	שיפוי עבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) (סעיף 4.22)	עד 80% מההוצאות ועד 3,000 ₪ למקרה ביטוח. ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.	20% מהתשלום.	90 יום

²³ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁴	השתתפות עצמית	
פרק ה' - שירותים אמבולטוריים	הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית	שיפוי עבור סדרת הזרקות (בגין ההזרקה ובחומר המוזרק גם יחד) (סעיף 4.23)	עד 80% מההוצאות ועד 1,000 ₪ במקרה ביטוח ולא יותר מ-2,000 ₪ לסדרת הזרקות ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח.	20% מהתשלום	90 יום

²⁴ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁵	השתתפות עצמית	
פרק ה' - אמבולטוריום	כיסוי לחוות דעת רפואית מורחבת	עד 80% מההוצאות ועד 6,500 ₪ עבור חוות דעת ו/או המחקר הרפואי האישי לפי הנמוך מביניהם. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל ביצוע חוות הדעת, ישולם גם החזר בגין הוצאות הטיסה עד הסכום 4,500 ₪. מובהר כי שירות שישולם במסגרת פרק זה, לא יכוסה גם במסגרת בפרק אחר בפוליסה ולא יהיה כפל תשלום בגין שירות זהה.	90 יום	20% מהתשלום	
	שיפוי עבור חוות דעת רפואית מורחבת עבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל ו/או ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. מטרת חוות הדעת או המחקר הרפואי האישי הוא קביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי (סעיף 4.24)				

²⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>	<p>הערות</p>	<p>פרק ה' - שירותים אמבולטוריים</p>
---	--------------	---

תיאור הכיסויים בפוליסה

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁶	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
<p>90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה</p>	<p>כיסוי מלא</p>	<p>הוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.1.2 ו-3.1.3). מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.</p>	<p>ניתוח פרטי בישראל</p>	<p>פרק ו' – כיסוי לניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל</p>

²⁶ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁷	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
<p>90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה</p>	<p>לנותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם – עד הסכום שבאתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il</p>	<p>כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.1.4)</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח בישראל</p>	
	<p>לנותן שירות שבהסכם – כיסוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם – עד 1,200 ₪.</p>	<p>עד 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח. (סעיף 3.1.1)</p>	<p>התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל</p>	<p>פרק ו' – לניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל</p>
<p>לתשומת לבך, חברות הביטוח משוקקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.</p>			<p>הערות</p>	
<p>חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p>				

²⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁸	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
<p>90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה</p>	<p>כיסוי מלא בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.</p>	<p>כיסוי להוצאות שכר מנתח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. (סעיפים 3.1.2 ו-3.1.3).</p> <p>מובהר כי הכיסוי ניתן באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד וישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. (באופן שהתשלומים יבוצעו על ידי המבטח ישירות לנותן השירות שבהסכם).</p>	<p>ניתוח פרטי בישראל</p>	<p>פרק ו'1 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן</p>

²⁸ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²⁹
פרק ו' 1 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן	כיסוי לשכר הרופא המומחה, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בגין תקופת האשפוז בפועל. (סעיף 3.1.4)	לנותן שירות שבהסכם – ישולם השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם – קיים. שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט בכתובת www.clal.co.il בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה

²⁹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³⁰
פרק ו'1 – כיסוי לניתוחים משלים לשב"ן	התייעצויות בישראל אגב ניתוח בישראל ו/או טיפול מחליף ניתוח בישראל	לנותן שירות שבהסכם – ישולם ישירות לנותן השירות שבהסכם, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. לנותן שירות שאינו בהסכם – שיפוי בגין תשלום ששילם בפועל המבוטח, אך לא יותר מ- 1,200 ₪, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן.	90 יום למעט למקרה ביטוח הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה שאז תהא תקופת אכשרה של 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה
	הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

³⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³¹	השתתפות עצמית	
פרק ז' כתב שירות - ישר אבחון ישיר	פגישת ייעוץ רפואי ראשוני עם רופא מטעם הספק (סעיף 2.1.1)	כיסוי מלא	90 יום		בגין אבחון רפואי ולאובדיקות אבחנתיות ראשוניות – סכום כולל של 160. בגין בדיקות אבחנתיות נוספות, למעט PETCT – סכום כולל של 320 ש. בגין בדיקת PETCT (בניכוי) סך של 320 ש, ככל ששולם כאמור לעיל) – 800 ש.
	בדיקות אבחנתיות נוספות (סעיף 2.1.2)	כיסוי מלא			
הערה	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ביום 16.02.2022 שהינו 12,711 נק'.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

³¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

אופן הגשת תביעה

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך בניתוח או בהשתלה, עליך לפנות תחילה אל "דיודוף" הסדרים פנסיונים סוכנות ביטוח חיים (2006) בע"מ: יריב אבני מנהל תיקי לקוחות טלפון: 052-335-3723 דוא"ל yariva@Tmu.co.il

כמו כן ניתן לפנות אל מוקד 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 ימלא 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" לביורר 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 ושמוע 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 ממתני 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 וממתני 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 וממתני מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:
 - 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתני 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 וממתני 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.

פוליסה לביטוח הבריאות הקבוצתי

1. מבוא

- 1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד ממנו.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. פירוט הכיסויים והשירותים

2.1. פירוט הכיסויים בפוליסה:

- השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל – כמפורט בפרק א' בנספח 1 להסכם;
תרופות שאינן בסל הבריאות – כמפורט בפרק ב' בנספח 1 להסכם;
הרחבה לתרופות – כמפורט פרק ג' בנספח 1 להסכם;
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל – כמפורט בפרק ד' בנספח 1 להסכם;
שירותים אמבולטוריים – כמפורט בפרק ה' בנספח 1 להסכם;
ניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל – כמפורט בפרק ו' בנספח 1 להסכם;
ניתוחים בישראל משלים לשב"ן (פרק חלופי לפרק ו') – כמפורט בפרק ו'1 בנספח 1 להסכם;
כתב שירות – אבחון ישיר – כמפורט בפרק ז' בנספח 1 להסכם;

2.2. רשימת גבולות אחריות המבטח במסגרת הפוליסה:

כמפורט בפרקים הרלוונטיים.

3. תקופת הסכם הביטוח

- 3.1. הסכם זה יהיה בתוקף החל מיום 01.05.2022 עד ליום 30.4.2027, (להלן: "תקופת הביטוח" ו/או "תקופת הביטוח המקורית").

4. התחלת הביטוח והפסקתו

- 4.1. 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 וחתם על סופס הצטרפות כנדרש על פי דין.
 - 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.
 - ג. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
 - ד. בגין בן זוג של מבוטח שהתחתן במהלך תקופת הביטוח - ה-(1) בחודש העוקב לאחר יום הנישואין ובתנאי כי דווח על בן/בת זוג ע"י בעל הפוליסה בתוך 90 יום ממועד הנישואין לעובד החברה המבוטח.

ה. בגין בן/בת של מבטוח שנולד במהלך תקופת הביטוח - ה- (1) בחודש העוקב לאחר יום הלידה של התינוק, בתנאי כי דווח אודות לידתו במהלך 180 הימים הראשונים ללידתו.

ו. בגין בן/בת שאומץ על ידי מבטוח במהלך תקופת הביטוח - ה- (1) בחודש העוקב ליום האימוץ הרשמי, בתנאי כי דווח אודות אימוצו במהלך 90 הימים הראשונים לאימוץ.
ז. בגין מי שהפך/הפכה לידוע/ה בציבור של מבטוח במהלך תקופת הביטוח - ה- (1) בחודש העוקב ליום הדיוח למבטוח אודות בן/בת זוג ידוע/ה בציבור ובכפוף לתצהיר העובד/ת בכתב כי הם מקיימים משק בית משותף בפרק זמן של שנה לפחות טרם ההצטרפות לביטוח עפ"י הסכם זה.

4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :

א. היום האחרון של החודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
ב. גירושין – יסתיים הביטוח עבור בן/בת הזוג אשר היה מבטוח על פי הסכם זה ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע. למען הסר ספק, ילדיו של המבוטח שהינו עובד בעל הפוליסה יישארו מבוטחים גם במקרה של גירושין כאמור, לפי רצונו של העובד.
ג. במקרה של פטירת העובד (חו"ח) - יסתיים הביטוח עבורו ביום בו ארע האירוע. עבור בני המשפחה, יסתיים הביטוח ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע ויישלח לבן/בת הזוג/בני המשפחה מכתב המשכיות לפרט, בהתאם לרשום בסעיף 4.5 להלן.

ד. יום תום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 3 לעיל.

ה. מועד ביטול הביטוח עקב אי תשלום דמי הביטוח (הפרמיות) על פי הדין ועל פי ההסכם.

ו. היום האחרון בחודש בו ביקש המבוטח בכתב לבטל את הביטוח על פי הסכם זה. מובהר בזאת כי ביטול הביטוח על ידי עובד משמעו גם ביטול הביטוח עבור בני משפחתו המבוטחים מכוח היותם בני משפחתו כאמור.
4.2.1. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4.2.2. למען הסר ספק מובהר כי הביטוח לא יפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 3 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

4.3. צירוף מבוטחים:

א. עובד/ת שנישא במהלך תקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו בתוך 90 יום ממועד הנישואין ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום. לאחר מועד זה, תהא ההצטרפות בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

ב. תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 180 יום ממועד לידתו, והתינוק יצורף להסכם זה רק לאחר אישור על כך בכתב מאת המבטוח. לאחר המועד הנ"ל ההצטרפות תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וקבלת אישור על צירוף התינוק בכתב מאת המבטוח.

ג. צירוף בני משפחה של עובד/ת בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד/ת, למעט מקרה בו העובד נדחה מהביטוח.

ד. עובדים ובני משפחותיהם שהיו מבוטחים במסגרת פוליסה זו וביטלו את הביטוח יהיו זכאים לחזור לביטוח בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

4.4. רצף זכויות מפוליסות אחרות המוחזקות על ידי המבוטחים

מועמדים לביטוח אשר במועד תחילתו של הסכם זה ברשותם פוליסת בריאות פרטית או קבוצתית אצל המבטח או בחברת ביטוח אחרת (להלן: "הפוליסה הקודמת") ומעוניינים להצטרף להסכם זה, בלא צורך בהוכחת בריאות מחודשת וללא תקופת אכשרה בגין הכיסויים והסכומים החופפים, יידרשו להגיש למבטח במועד תחילתו של הסכם זה, את הפוליסה הקודמת ממנה הינם מבקשים לעבור, את תנאי החיתום שחלו עליהם ע"י המבטח של הפוליסה הקודמת, ואישור על היות הפוליסה הקודמת בתוקף עד מועד הצטרפותם להסכם זה. תנאי החיתום שחלו בפוליסה הקודמת יהיו בתוקף גם בפוליסה זו.

החרגות רפואיות- אם נקבעו במסגרת הפוליסה הקודמת ופורטו בדף פרטי הביטוח לגבי מבטח מסוים, יהיו בתוקף במסגרת הסכם זה במשך 12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח עפ"י הסכם זה.

4.5. זכאות להמשכיות בפוליסות פרט:

בתום הסכם הביטוח, אם לא חודש אצל מבטח אחר, או בתום הביטוח מפאת עזיבת המבוטח את קבוצת המבוטחים שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית, לרבות עקב גירושין או פטירת בן/בת הזוג, היה זכאי להצטרף ללא תקופת אכשרה וללא הוכחת בריאות מחודשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה (לפי בחירת המבוטח) בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים אצל המבטח באותה עת (להלן: "פוליסת ההמשך"). זאת בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח.

למען הסר ספק, יובהר כי החרגות רפואיות שנקבעו בהצטרפות לפוליסה זו ימשיכו לחול גם בהצטרפות לפוליסת ההמשך.

מבטח שהצטרף לפוליסת ההמשך בתנאים הנקובים בסעיף זה לעיל, יהיה זכאי להנחה בשיעור של 20% מגובה דמי הביטוח המקובלים באותה עת לגילו בפוליסת ההמשך, וזאת למשך 4 שנות הביטוח הראשונות.

תנאי הקבלה לביטוח בפוליסה זו (תוספות והחרגות רפואיות) יחולו גם על הכיסוי בביטוח הפרטי.

למען הסר ספק, במהלך תקופה זו הכיסוי הביטוחי שעל פי הפוליסה יחול רטרואקטיבית ממועד העזיבה תוך תשלום דמי הביטוח באופן רטרואקטיבי.

להסרת ספק, יובהר, כי המעבר לפוליסת ההמשך יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

5. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה

- 5.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:
- 5.1.1. כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 5.1.2. כי ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.
- 5.1.3. והוא מעביד - לגבי עובדיו ובני משפחותיהם.

6. דמי ביטוח (פרמיות), מתן מסמכים והודעות למבוטחים

6.1. דמי הביטוח החודשיים (ב-ש), הינם כדלקמן:

מבוטחים	בגין פרקים א'-ו'1+1'- מסלול ניתוחים משלים לשב"ן	בגין פרקים א'-ו'1+1'- מסלול ניתוחים בישראל ומחליפי ניתוח בישראל
ילד עד גיל 25 (כולל)	36	39
בוגר (עובד / בן/בת זוג / ילד בוגר מעל גיל 26)	120	128

*ילד שלישי (עד גיל 25 כולל) ואילך – חינם

- 6.2. בעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים כולל גילום שווי מס. גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור מבוטחים אלו על ידי בעל הפוליסה הינה תנאי מהותי להסכם זה.
- 6.3. בעל הפוליסה יגבה את תשלום דמי הביטוח עבור בני המשפחה המבוטחים, בהסכמת העובד משכר העובד.
- 6.4. דמי הביטוח ישולמו למבטח כל חודש על ידי בעל הפוליסה במרוכז עד ה-15 בכל חודש בגין החודש הקודם.
- 6.5. דמי הביטוח בגין המבוטחים שדמי הביטוח בגינם משולמים באופן מרוכז ישולמו עפ"י מכפלת מס' המבוטחים בפוליסה בסכומים הנקובים בסעיף 6.1 לעיל.
- 6.6. בהגיע ילד של מבוטח לגיל 26 שנה, יגבו בגינו דמי ביטוח בגין מבוטח מעל גיל 26 אלא אם הוגשה למבטח בקשה בכתב לסיום הביטוח עבורו.
- 6.7. חל"ד/חל"ת – עובדים/ות אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 או בתקופת החל"ת של העובד/ת בתנאי שבמהלך חופשת הלידה או החל"ת, שמם יופיע ברשימת המבוטחים והפרמיה בגינם משולמת כסדרה או שהפרמיה החודשית תשולם ישירות ע"י המבוטחים באמצעות כרטיס אשראי או באמצעות הוראת קבע.

6.8. מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – 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 המבטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח, 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 המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי – בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח;

7. התאמת דמי הביטוח

המבטח יהא רשאי לבצע התאמה של דמי הביטוח, אם תידרש, לא לפני המועד בו חלפו 24 חודשים מתחילת תקופת הביטוח, ופעם נוספת לא לפני המועד בו חלפו 48 חודשים נוספים ממועד תחילת ההסכם, תקופות החישוב הראשונה תהא מיום תחילת ההסכם ועד ליום 30.04.2024, תקופת החישוב השנייה תהא מיום תחילת ההסכם ועד 30.4.2026 ובהתאם לנתונים העדכניים הנמצאים אצל המבטח בגין תקופות החישוב במועד ביצוע בדיקת התוצאות העסקיות, וזאת בכפוף לאמור להלן:

- 7.1. התאמת דמי הביטוח תיעשה רק במידה ויתברר כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם בסעיף 7.2 להלן.
- 7.2. כהפסדים לענין 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 המבטחים תחת ההסכם זה, על פי הנתונים שנרשמו בספרי המבטח, בגין אותה תקופת ביטוח שבגינה נעשית התאמת דמי הביטוח, כשהם משוערכים למדד (להלן: "ההוצאות"), על שיעור של 70% מסכום דמי הביטוח המשולמים בגין אותה תקופה, כשהם משוערכים למדד (להלן: "ההכנסות").
- 7.3. התאמת הפרמיה תבוצע באופן בו דמי הביטוח יועלו בשיעור ההפסד ובתוספת נוספת של עד 10%.
- 7.4. הוראות סעיף 6.8 לעיל יחולו בשינויים המחוייבים.

8. פיגורים בתשלומים

לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו תוך 15 יום לאחר שהמבטח דרש מבעל הפוליסה ו/או המבטוח לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבטוח בכתב כי ההסכם יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

9. תנאי הצמדה למדד

9.1. כל התשלומים למבטח ומהמבטח על פי ביטוח זה יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כך שדמי הביטוח והתגמולים יעודכנו בהתאם ליחס שבין המדד הקובע לבין המדד היסודי.

9.2. לצורכי סעיף זה יפורשו המונחים שלהלן כך:

9.2.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן (הכולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, אם הוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ואם לאו; אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף. המדד יהיה מותאם למדד הבסיס (100 נקודות) מחודש ינואר 1959 מחולק באלף.

9.2.2. "המדד היסודי" משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני תאריך התחלת הביטוח, דהיינו המדד הידוע ביום 16.02.2022, מדד 12,711 נקודות.

9.2.3. "המדד הקובע" משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

10. תגמולי ביטוח

10.1. במקרה של תגמולי ביטוח המשולמים על פי פוליסה זו כשיפוי בגין הוצאות רפואיות, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם, במלואם או בחלקם, ישירות לנותן השירות או למבטוח כנגד הצגת קבלות. המבטוח יהיה רשאי להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בהתאם להנחיות המבטח ולכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבטוח. לבקשת המבטוח ובכפוף לכך שהמבטוח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח לנותן השירות התחייבות כספית מראש אשר תאפשר למבטוח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. **המבטח רשאי להתנות את התחייבותו בתנאים, הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו.** לבקשת המבטוח ובכפוף לכך שהמבטוח זכאי לכיסוי על פי פוליסה זו בגין המקרה הרלוונטי ולתנאי הכיסוי, ייתן המבטח מקדמה אשר תאפשר למבטוח לקבל את השירות הרפואי שעלותו מכוסה על פי תנאי פוליסה זו. **המבטח רשאי להתנות את מתן המקדמה בתנאים, הכול בהתאם להיקף חבותו על פי פוליסה זו.**

10.2. תגמולי ביטוח שישולמו לנותן שירות במטבע חוץ יתורגמו לשקלים בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ הנ"ל ביום התשלום על ידי המבטח. תגמולי ביטוח שישולמו למבטוח כשיפוי בגין הוצאות רפואיות ששילם במטבע חוץ לנותן השירות ישולמו בש"ח בהתאם לשער היציג של מטבע החוץ ביום תשלום ההוצאה הרפואית לנותן השירות, והכול בכפוף לגמבלות ולתקרות הכיסוי ולתנאים המפורטים בפוליסה זו.

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

10.4. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם אזי 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 לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

11. מקרה ביטוח המכוסה על ידי צד שלישי

11.1. הייתה למבוטח, בשל מקרה הביטוח, גם זכות פיצוי ולאזי שפיו כלפי אדם שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח תגמולי ביטוח מסוג "שפיו" ובגובה סכום התגמולים ששילם, והוא יעשה בה שימוש באופן שלא יפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן האדם השלישי שפיו מעל לתגמולים שקיבל מהמבטח. קיבל המבוטח מהאדם השלישי ולאזי על פי חוק פיצוי ולאזי שפיו שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה המבוטח פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך.

11.2. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שפיו, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

11.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבוטח כאמור.

11.4. בוטחו מקרי הביטוח, כולם או מקצתם, אצל יותר ממבטח אחד ולאזי במסגרת שב"ן באחת מקופות החולים, על המבוטח להודיע על כך למבטח בכתב, מיד לאחר שנעשה הביטוח הנוסף או לאחר שנודע לו עליו.

11.5. היה המבוטח זכאי לשיפיו בגין הוצאות המכוסות על פי ביטוח זה מאת מבטח אחר או מאת קופת חולים, יהיה המבטח אחראי כלפי המבוטח יחד ולחוד עם המבטח האחר לקופת החולים לגבי סכום הביטוח החופף, ויחולו הוראות סעיף 59 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

12. כפל ביטוח

12.1. 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.

12.2. 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.

13. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם

13.1. המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

13.2. המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:

13.2.1. שירותו של המבוטח בצבא או במשטרה, אם המבוטח זכאי לשיפוי ו/או לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי וזאת גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.

13.2.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה (מחבלים) או פעולה על רקע לאומני, אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי וזאת גם אם המבוטח ויתר על זכות זו.

13.2.3. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית ו/או צבאית ו/או משטרתית ו/או מהפכה ו/או מרד ו/או הפרעות ו/או מהומות ו/או מעשה חבלה למען הסר ספק, מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך שירותו הצבאי, יוחרג רק במידה ונבע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

13.2.4. אלוהולזים ו/או התמכרות לסמים בכפוף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 להלן.

13.2.5. שימוש בסמים ו/או בתרופות נרקוטיות, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו ו/או כל חומר אחר (אף אם אינו סם או תרופה) אשר השימוש בו משפיע על תפקוד חושיו של המבוטח, שנעשה בו שימוש שלא בהתאם להוראות השימוש המקובלות.

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

13.2.7. תחביבים מסוכנים, כמפורט להלן: גלישה אווירית, רחיפה, צניחה, דאייה, צלילה לעומק העולה על 30 מ', סקי מים, סקי שלג, בנג'י, טיפוס הרים וטיסה בכלי טיס של בתי ספר פרטיים לטיסה למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל תעודות כשירות להובלת נוסעים.

13.2.8. פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא.

13.2.9. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח, כספורטאי, באופן מקצועי הנושאת שכר בצידה.

13.2.10. חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית ו/או זיהום רדיואקטיבי ו/או תהליכים גרעיניים ו/או חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.

13.2.11. פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני, כימי או ביולוגי).

13.2.12. סיבוכי הריון ו/או לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ו/או הפסקת הריון שאינה קשורה בסיבות סוציאליות.

13.2.13. טיפול ו/או ניתוח רפואי שאינו בגדר ניתוח ו/או ניתוח ו/או טיפול רפואי ניסיוני ו/או שאינו קונבנציונלי, לרבות טיפול הומאופטי ו/או ניסיוני ו/או

- ניתוח ו/או טיפול למטרות ניסוי או מחקר ולא ניתוח הדורש אישור ועדת הלסינקי ולא אישור מכל גורם אחר שבא במקום ועדת הלסינקי.
- 13.2.14. טיפול ו/או ניתוח קוסמטי ו/או אסתטי כולל ניתוחי קיצור קיבה (GASTROPLASTY) לצורך ירידה במשקל או כולל ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר; ניתוח עיניים לצורך תיקון קוצר ראייה. מובהר כי חריג זה לא יחול על טיפולים ו/או ניתוחים הנובעים מצורך רפואי.
- על אף האמור לעיל, בכפוף לכיסוי שנרכש על ידי המבוטח, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות בכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 להלן ו/או ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בעיקור מרצון ו/או אין אונות.
- 13.2.15. ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות בכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 להלן ו/או ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בעיקור מרצון ו/או אין אונות.
- 13.2.16. ניתוחים ו/או טיפולים הקשורים בשיניים ו/או בחניכיים לרבות ניתוח המבוצע על ידי רופא שיניים.
- 13.2.17. בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 13.2.18. דיאטה.
- 13.2.19. גמילה מעישון.

14. חובת גילוי

- 14.1. (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בענין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת ענינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.
- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדיון מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 14.2. (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.
- (ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- (ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 14.3. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 14.2 לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.
- 14.4. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 14.2 לעיל אחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייבו בוטחו פעל בכוונת מרמה.
- 14.5. מבלי לגרוע מכלליות האמור, מובהר כי תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי שחלה עליו חובת גילוי כאמור לעיל.
- 14.6. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה שלה זכאי המבטח על פי כל דין.
- 15. מצב רפואי קודם**
- 15.1. לענין סעיף זה -
- 15.1.1. "מצב רפואי קודם" - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לענין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 15.1.2. "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.
- 15.2. לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם.
- 15.3. הסייג בשל מצב רפואי קודם, כאמור לעיל, לענין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא:
- 15.3.1. פחות מ-65 שנים – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 15.3.2. 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 15.4. על אף האמור, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ולא את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתצוין בדרך פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

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

16. תקופת אכשרה

16.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 90 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח, אלא אם כתוב אחרת מפורשות בפרק הרלוונטי.

16.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור להריון ו/או בדיקות הריון ו/או הפסקת הריון ו/או לידה ו/או אשפוז כתוצאה מהריון ו/או הפריה חוץ גופית ו/או טיפולים בהתפתחות הילד ו/או אבחון בעיות התפתחות של ילדים במהלך 180 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

16.3. למרות האמור בסעיפים 16.1 ו- 16.2 לעיל, עובדים ובני משפחתם שהיו מבוטחים בביטוחי בריאות תקפים, ערב ההצטרפות להסכם זה (להלן: "פוליסות קודמות"), יהיו פטורים מתקופת אכשרה על כיוויים וסכומים חופפים להסכם זה ובתנאי שהשלימו את תקופת האכשרה על פי הפוליסות הקודמות והמציאו למבטח אישור על היותם מבוטחים בכיסוי הנתבע במסגרת הפוליסה הקודמת במועד הצטרפותם לביטוח עפ"י הסכם זה.

17. נוהל תביעה

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

העדר פניה למבטח כאמור תגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היתה נמסרת לו הודעה מראש כנדרש לעיל. מובהר כי האמור לא יחול במקרה בו נבצר מהמבוטח למסור את ההודעה מפאת מצבו הרפואי.

17.2. על אף האמור, במקרה בו בוצע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו כתוצאה ממצב חירום רפואי שחייב ביצוע ניתוח דחוף במבוטח ומנע ממנו להודיע למבטח מראש על כך, לא יופחתו תגמולי הביטוח כאמור באותו סעיף, ובתנאי שהדבר הובא בתוך זמן סביר לידיעת המבטח.

17.3. 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, ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו.

17.4. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים הקשורים לתביעתו ואת כל המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, שאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר.

17.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית סבירה בנסיבות העניין על ידי רופאים מטעם המבטח ועל חשבון המבטח. מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.

17.6. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח, לפי העניין.
17.7. בכל מקום שבו נקבע בפוליסה זו תשלום כשיפוי למבוטח בגין הוצאות, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות בגין התשלומים שבהם נשא. המבוטח יהיה רשאי להגיש העתק של המסמכים גם באופן דיגיטלי, בהתאם להנחיות המבטח לכל הפחות בדואר אלקטרוני, במסרון ובחשבון האישי המקוון של המבוטח.

18. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המסים הממשלתיים והאחרים החלים בקשר לפוליסה או המוטלים על תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שחובה על המבטח לשלם על פי הפוליסה, בין שהמסים הללו קיימים בתאריך התחלת הביטוח ובין שיוטלו במועד מאוחר יותר.
המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם את המסים, את ההיטלים ואת ההוצאות כאמור או את חלקם במקום המבוטח ובעל הפוליסה, ובמקרה זה יהיה הסכום ששולם כאמור חלק מתגמולי הביטוח.

19. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט במקרה של קטין. היתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

20. הגבלת אחריות המבטח

20.1. 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 מעבר ל-90 יום. למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל.
20.2. המבטח אינו אחראי לשירותים הרפואיים ולא האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה, לרבות לאיכות השירותים הרפואיים. המבטח אינו אחראי לכל נזק, אבדן, הפסד או הוצאה שייגרמו למבוטח ולא לכל צד שלישי, במישרין או בעקיפין, עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים רפואיים ולא אחרים ולא הפנייתו על ידי המבטח לנותני השירותים כאמור ולא כתוצאה ממעשה או ממחדל של נותני השירותים כאמור ולא עקב טיפול תרופתי, לרבות נטילה או אי-נטילה של תרופה.

21. שינוי מוטב

21.1. בטרם אירע מקרה הביטוח, רשאי המבוטח לשנות את המוטב בהודעה בכתב שתימסר למבטח.
21.2. לא יקבע המבוטח מוטב בקביעה בלתי חוזרת ולא ישנה קביעתו של המוטב לקביעה בלתי חוזרת, אלא אם קיבל לכך תחילה את הסכמת המבטח בכתב.

22. השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי

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

23. תחולה טריטוריאלית

פוליסה זו תחול, על אף כל תנאי המגביל את תחולתה הטריטוריאלית, גם בתחומי האזורים כמשמעותם בחוק יישום חוזה השלום בין מדינת ישראל לבין הממלכה הירדנית ההאשמית, התשנ"ה-1995.

24. תנאים בהתאם לתקנות הפיקוח על השירותים הפיננסיים (ביטוח)(ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009

24.1 סעיף 4 לתקנות - צירוף מבוטח

- (א) מוטלת על מבטוח 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;
 - (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 למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף משנה זה – פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי נפרד; ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטוח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- (ב) האמור בסעיף קטן (א) לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח 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;
 - (3) לענין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לענין 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;

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

24.2. סעיף 5 (ב) לתקנות - קביעת דמי ביטוח

(ב) 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;

24.3. סעיף 6 לתקנות- מתן מסמכים למבוטח:

(א) 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.

(א1) על אף האמור בסעיף זה לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין –

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

"שינוי בדמי הביטוח" לעניין סעיף זה וסעיף 7(א) לתקנות 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;

(ג) 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.

(ד) 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.

24.4. סעיף 7 לתקנות- מתן הודעות למבוטח:

(א) 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; דרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 4 לתקנות או בסעיף 5(ב) לתקנות בפוליסה זו, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)(2) לתקנות 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.

(1א) 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.

(2א) 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, ויצוין 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.

(3א) פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8(ג) לתקנות ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח

לפי הפוליסה הקבוצתית.

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

24.5. סעיף 8 לתקנות - ביטול הביטוח לגבי מבטוח מסויים

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בתקנה 4(ב) לעיל והודיע המבטוח למבטוח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יוטל 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 המבטוח כאמור בסעיף 4 לתקנות או בסעיף 5(ב) לתקנות, בפוליסה זו, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבטוח אל מבטוח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבטוח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)2 לתקנות לעיל. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" – למעט סירוב המבטוח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטוח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבטוח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בסעיף 9 (ב) לתקנות, פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 5.1.3, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יוטל הביטוח לגבי אותו מבטוח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטוח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבטוח.

24.6. סעיף 9 (ב) לתקנות - תקופת הביטוח

(ב) פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 3 לעיל בהסכם, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.

24.7. סעיף 10 לתקנות - כפל ביטוח

(א) המבטוח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטוח, ובין אצל מבטוח אחר.

(ב) 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.

25. כללי

25.1. מתן הקלה או אורכה לא ייחשב כשינוי תנאי הפוליסה או כוויתור של המבטח על זכויותיו על פיה.

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

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

25.4. כתובות הצדדים לצרכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח:	כלל חברה לביטוח בע"מ
כתובת:	רח' ראול ולנברג 36, תל אביב
בעל הפוליסה:	נובאי שרותי ייעוץ (ישראל) בע"מ
כתובת:	סימפלקססיסי בע"מ רח' דרך בגין 121, תל אביב

25.5. 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.

נספח 1

מבוא

1. הגדרות

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

- 1.1. "אח/ות" – אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.2. "אשפוז" – שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו.
- 1.3. "בדיקות" – בדיקות חודרות ו/או 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.
- 1.4. "בדיקה פתולוגית" – בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את הסוג המתאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
- 1.5. "בית חולים" – מוסד רפואי שהרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל מכירות בו כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.6. "בית חולים פרטי" – בית חולים בישראל או בחו"ל, שהוא בבעלות פרטית, או בית חולים ציבורי (בבעלות ממשלתית או של קופת חולים), המורשה על ידי הרשויות המוסמכות הרלוונטיות לבצע ניתוחים באופן פרטי, במסגרת שירות רפואי פרטי (שר"פ) וזאת אך ורק בהתייחס לפעילותו במסגרת השר"פ.
- 1.7. "בית חולים מוסכם" – בית חולים, לרבות בית חולים פרטי, הנמצא, במועד שבו מגיש המבוטח את התביעה, בהסכם עם המבטח.
- 1.8. "דמי ביטוח" – הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.
- 1.9. "גיל המבוטח" או "גיל ביטוחי" – גילו של המבוטח לצורכי פוליסה זו, אשר נקבע כדלהלן: גיל המבוטח נקבע בהתאם להפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח חידוש הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו-10 חודשים ייחשב כגיל 30.
- 1.10. "דף פרטי ביטוח" – דף המצורף לפוליסה זו ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל את שם הפוליסה, את תאריך התחלת הביטוח, ופרטים אחרים הנוגעים לביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.11. "המרכז הלאומי להשתלות" – יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל
- 1.12. "הסכם השירות" – הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.

- 1.13. **"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 של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. 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.
- להסרת ספק יובהר כי דיאליזה, קוצב לב, הנשמה מלאכותית, דפיברילטור, וכן פרוצדורה של החדרת תאי גזע באחד מאיברי הגוף כגון כבד או לב, לא ייחשבו כהשתלה.**
- ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:**
- ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.**
- ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.**
- 1.14. **"וועדת הליסינקי"** – וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הליסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם.
- 1.15. **"חול"ל"** – כל מקום מחוץ לגבולות ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.16. **"חוק הבריאות"** – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.17. **"חוק חוזה הביטוח"** – חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.18. **"טיפול מחליף ניתוח"** – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.19. **"יום אשפוז"** – 24 שעות רצופות בהן אושפז המבוטח בבית חולים.
- 1.20. **"ישראל"** – מדינת ישראל, ובכלל זה השטחים המוחזקים על ידיה, למעט השטחים המוחזקים על ידי הרשות הפלסטינית.
- 1.21. **"מוטב"** – המבוטח או מי שנקבע על ידי המבוטח, בהצעה או בהתאם לאמור לסעיף 21 להסכם הביטוח.
- 1.22. **"מנתח"** – רופא מומחה אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.23. **"מנתח אחר"** – מנתח אשר אינו מנתח הסכם, כהגדרתו להלן.
- 1.24. **"מנתח הסכם"** – מנתח אשר שמו מופיע, במועד שבו מגיש המבוטח את התביעה, ברשימת המנתחים שבהסכם של החברה, המתעדכנת מפעם לפעם, ביחס לפרוצדורות המפורטות ברשימה האמורה.
- 1.25. **"מעבדה"** – מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.26. **"מקרה הביטוח"** – מערכת עובדות ונסיבות המתוארת בכל אחד מפרקי הפוליסה, אשר בהתקיימה מוקנית למבוטח זכאות לתגמולי ביטוח על פי הפרק הרלוונטי בפוליסה.
- 1.27. **"מרפאה כירורגית פרטית"** – מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

- 1.28. **"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 הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- לפרק ניתוחים לפי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאי בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה – 2015 תחול הגדרת ניתוח מפורט להלן:**
- "ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.29. **"נותן שירות אחר"** – ספק שירות רפואי, לרבות בית חולים, רופא, רופא מומחה ורופא מרדים, שאינו נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו להלן.
- 1.30. **"נותן שירות שבהסכם"** - ספק שירות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם, כהגדרתו לעיל, במועד שבו סופק השירות הרפואי אשר בגינו הוגשה תביעת המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו.
- 1.31. **"ניתוח אלקטיבי"** – ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הפונה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 1.32. **"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.
- 1.33. **"פוליסה"** או **"הסכם הביטוח"** – חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, ובכלל זה ההצעה, הצהרות על מצב הבריאות, דף פרטי הביטוח וכל נספח או תוספת המצורפים אליהם.
- 1.34. **"קופת חולים"** – כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.35. **"רופא"** – אדם אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה, למעט רופא שיניים ורופא וטרינר.
- 1.36. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.37. **"רופא מרדים"** – רופא שהשלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הסמיכו ואישרו אותו כרופא מרדים.

- 1.38. **"שנת ביטוח"** – תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כמוגדר בפוליסה או מועד הצטרפותו לביטוח, לפי המאוחר, והמתחדשת כל 12 חודשים ממועד תחילת הביטוח או ממועד הצטרפות המבוטח לביטוח.
- 1.39. **"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 ושתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.**
- לפרק ניתוחים לפי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאי בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראי), התשע"ה – 2015 תחול הגדרת "שתל" כמפורט להלן:**
- "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, **למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.**
- 1.40. **"שב"ן"** – שירותי בריאות נוספים שמעניקות קופות החולים לחבריהן.
- 1.41. **"שר"פ"** – שירות רפואי פרטי.
- 1.42. **"תכנית 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.
- 1.43. **"תקופת אכשרה"** – תקופה רצופה אשר תחילתה בתאריך התחלת הביטוח והנמשכת פרק זמן הרשום בפוליסה. הפוליסה עשויה לכלול תקופות אכשרה שאורכן שונה לכיסויים שונים הנכללים בפוליסה. **המבטח לא יהיה אחראי לתשלום על פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופה זו. למען הסר ספק מובהר כי המבוטח יחויב בתשלום דמי ביטוח בגין תקופת האכשרה.** מקרה ביטוח שאירע בתקופת האכשרה דינו כדין מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת תקופת הביטוח על פי פוליסה זו.

פרק א' - השתלות בחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא גילוי כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב השתלה בחו"ל ובלבד שמתקיימים כל התנאים המפורטים בסעיף 1.1 להלן, או גילוי כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, ובלבד שמתקיימים כל התנאים המפורטים בסעיף 1.2 להלן.

1.1 השתלה בחו"ל

- 1.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לענין, קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.
- 1.1.2 ההשתלה תבוצע בחו"ל בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות הרלוונטיות באותה ארץ לבצע את ההשתלה.
- 1.1.3 ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או טיפול לא קונבנציונלי.
- 1.1.4 ההשתלה תיעשה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ובהתאם מתקיימים כל אלה:
 - 1.1.4.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
 - 1.1.4.2 מתקיימות הוראות החוק האמור לענין איסור סחר באיברים.

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל

ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו אחד התנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בתחום הספציפי מטעם המבוטח בדרגה של סגן או מנהל מחלקה בבית חולים בישראל שקביעתו תאושר ע"י רופא מטעם המבוטח:

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

"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. מובהר כי טיפול רפואי אשר ניתן למבוטח ולא השיג את התוצאות הרפואיות המקובלות והמצופות או טיפול רפואי אשר על פי המלצת רופא מומחה אין טעם לתת למבוטח כי לא ישיג את התוצאות הרפואיות הנדרשות, לא ייחשב כטיפול חלופי לטיפול מיוחד בחו"ל.
 - 1.2.2 סיכויי הצלחת הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או ההחלמה ממנו גבוהים משמעותית מסיכויי הצלחה ו/או ההחלמה בישראל.
 - 1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח המיוחד עולה על זמן סביר וזמן ההמתנה בחו"ל קצר משמעותית מזמן ההמתנה בארץ.
- 1.3 לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או טיפול לא קונבנציונלי.**
- 1.4 למען הסר ספק מובהר בזה כי הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובמדינת ישראל כאחד.

2. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח לאחר תום תקופת האכשרה, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות להלן שהוצאו בפועל, או ישלם ישירות לנותן השירות שבהסכם כמפורט להלן בגין ההוצאות המפורטות להלן בגין ההשתלה או הטיפול הרפואי המיוחד בחו"ל, בכפוף לתקרות הסכומים המפורטות להלן:

2.1. השתלה באמצעות נותני שירות שבהסכם – בוצעה ההשתלה באמצעות נותן שירות שבהסכם בבית חולים מוסכם, יעביר המבטח את מלוא התשלום בגין הוצאות ההשתלה כמפורט בסעיף 2.4 להלן ישירות לנותן השירות, והכל כאמור באותו סעיף.

השתלה באמצעות נותן שירות אחר – בוצעה ההשתלה בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם השירות ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם השירות, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות ההשתלה המפורטות בסעיף 2.4 להלן, עד **5,000,000 ₪**, למעט במקרה השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל, במקרה זה **תהא 400,000 ₪**.

לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק לעניין סחר באברים – התשס"ח-2008.

2.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו **1,000,000 ₪**.

2.3. מובהר שמקרה חוזר של השתלה ולא טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, אשר יידרשו בעקבות אי-הצלחה מלאה או חלקית של השתלה ולא טיפול רפואי מיוחד בחו"ל, מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה ביטוח אחד.

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

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

2.4.2. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לאיתור האיבר המושתל, קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד **100,000 ₪**;

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

2.4.4. שכר כל הצוות הרפואי בעת אשפוז;

2.4.5. בדיקות רפואיות בעת אשפוז;

2.4.6. שירותי מעבדה בעת אשפוז;

2.4.7. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז;

2.4.8. הוצאות אשפוז בחו"ל;

2.4.9. הוצאות כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים והוצאות העברה יבשתית סבירות, למבוטח ולמלווה אחד, או אם המבוטח הנו קטין - שני מלווים;

2.4.10. 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 על פי חוות דעת רופא מטעם המבטח;

2.4.11. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין 2 מלווים עד 65 יום עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה יחיד במצטבר, ועד 1,400 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים במצטבר (למבוטח שהוא קטין);

2.4.12. הוצאות לטיפול המשך בארץ ובחו"ל הנדרשים למבוטח כתוצאה מהשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, המכוסה על פי הסכם זה ואשר בוצעה בחו"ל, עד 230,000 ₪ ועד 6 חודשים.

2.4.13. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

2.5. המבטח רשאי לקבוע כי הכיסוי בגין טיפול רפואי מיוחד יינתן באמצעות הבאתו של רופא מומחה לישראל, וזאת כתחליף לאמור בסעיף 2.4 דלעיל, ובלבד שהעלות לא תעלה על גובה כל ההוצאות הנזכרות בסעיף 2.4 דלעיל בחו"ל ועל 200,000 ₪.

2.6. **פיצוי להשתלות** (למעט השתלה עצמית)
מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 250,000 ₪, ובלבד שימציא אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה. מובהר כי כיסוי על פי סעיף זה הינו חלופי לכיסוי על פי סעיפים 2.1 – 2.5 לעיל, ומבוטח שמימש את זכאותו לפיצוי על פי סעיף קטן זה לא יהא זכאי לשיפוי כלשהו בהתאם לסעיפים 2.1 – 2.5 לעיל.

2.7. **פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח** (למעט השתלה עצמית)

ביצע המבוטח השתלה כהגדרתה לעיל בחו"ל בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ללא השתתפות המבטח בתשלום כלשהו בגינה, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך 250,000 ₪ בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל אישר, כי המבוטח עבר השתלה בחו"ל בתוך תקופת הביטוח. להסרת ספק, מבוטח שקיבל פיצוי כמפורט בסעיף 2.6 לעיל אינו זכאי לקבלת פיצוי בגין סעיף זה. כמו כן, מובהר כי כיסוי על פי סעיף זה הינו חלופי לכיסוי על פי סעיפים 2.1 – 2.5 לעיל, ומבוטח שמימש את זכאותו לפיצוי על פי סעיף קטן זה לא יהא זכאי לשיפוי כלשהו בהתאם לסעיפים 2.1 – 2.5 לעיל.

2.8. **גמלת החלמה לאחר השתלה** (למעט השתלה עצמית)
עבר המבוטח השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב כליה, ו/או מח עצמות מגופו של תורם אחר, המכוסה על פי הוראות פרק זה, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, גמלה חודשית בסך 7,000 ₪ החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה ולמשך 24 חודשים.

2.9 פיצוי להשתלה בחו"ל – גמלה חודשית למועמד להשתלה

2.9.1 מבוטח אשר בעת ההמתנה לביצוע ההשתלה, שתהא מכוסה על פי פרק זה, מרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי שהביא למקרה הביטוח, יהא זכאי לפיצוי חודשי של 8,000 ₪ לתקופה שעד ביצוע ההשתלה בפועל, כל עוד הוא מרותק למיטתו כאמור ולא יותר מ- 6 חודשים. מבוטח כאמור השוהה באשפוז בבית חולים או בבית חולים שיקומי יהיה זכאי לפיצוי חודשי בסך 4,000 ₪ ולא יותר מ- 6 חודשים.

2.9.2 תנאי מוקדם ומהותי לצורך קבלת הגמלה על פי סעיף זה הוא קבלת אישור בכתב של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה בטרם ביצוע ההשתלה של המבוטח.

פרק ב' - תרופות שאינן בסל הבריאות

1. **הגדרות**

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן. מובהר כי ככל שקיימת סתירה בין ההגדרות הקבועות בפרק המבוא לבין ההגדרות המפורטות להלן יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

 - **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכת בישראל כבית חולים כללי.
 - **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.
 - **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, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או למניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.
 - **תרופה יתומה** - תרופה אשר אושרה לשימוש והוכרה כתרופה יתומה (Orphan Drug) באחת המדינות המוכרות, המיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר, ולמעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

2. **מקרה הביטוח:**

- 2.1. גילוי מחלה או קרות תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת 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, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות

באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA) (להלן: "המדינות המוכרות").

2.2. גילוי מחלה או קרות תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופה הכלולה בסל הבריאות הממלכתי, אך לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבוטח, ובלבד שאושרה לשימוש על פי ההתוויה הנדרשת למבוטח על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות.

2.3. גילוי מחלה או קרות תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
 - (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

2.4. תרופה למחלה יתומה

גילוי מחלה או קרות תאונה במהלך תקופת הביטוח אשר מחייבת טיפול תרופתי אשר אושר לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או במצב רפואי נדיר של חולים המשתייכים לאחת מהקבוצות הבאות:

- א. חולים במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר שמספרם פחות מ-200,000 בארה"ב.
- ב. חולים במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר שמספרם לא יותר מ-5 מכל 10,000 בני אדם האיחוד האירופאי.

3. התחייבות המבטח:

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 להלן, וכמפורט להלן:

3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה ויצג מרשם החתום ע"י רופא מומחה או רופא בית החולים בתחילת הטיפול ומידי 3 חודשים במהלך הטיפול.

- 3.2. השיפוי המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח על פי פרק זה יהיה עד **3,000,000** ₪ לתקופה של **36 חודשים** כאשר סכום זה יתחדש לכל שתי שנות ביטוח נוספות לסכום נוסף של **2,000,000** ₪ 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 **200** ₪ בגין כל יום שבו ניטלת התרופה, למשך תקופה שלא תעלה על **60** יום.
- 3.1. סכום השיפוי המרבי 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. השתתפות עצמית

המבוטח יישא בהשתתפות עצמית למרשם בסך של 200 ₪ לתרופה לחודש לא תחול השתתפות עצמית בגין תרופה שעלותה החודשית מעל 600 ₪.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

- בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה בשינויים המחויבים, המבטח לא יחייב במתן תגמולי ביטוח על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:
- 5.1. תרופה ניסיונית, למעט תרופה המוגדרת כ- Off Label כמפורט בסעיף 2.3 לעיל.
- 5.2. התרופה נדרשת לטיפול בסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או אין אונות.
- 5.3. התרופה נדרשת לטיפול בפוריות ו/או עקרות, בכפוף להוראות חריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 לפוליסה.
- 5.4. טיפול תרופתי מונע כדוגמת טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 5.5. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.
- 5.6. תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.
- 5.7. תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני הנרכש, איידס (AIDS) או נשאות של HIV למבוטח שאינו נשא או חולה במחלה כאמור.
- 5.8. תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתי למחלת הצהבת למבוטח שאינו נשא או חולה במחלה כאמור.
- 5.9. תרופה הנדרשת במהלך ביצוע השתלה ו/או ניתוח ו/או מחליף ניתוח.
- 5.10. תרופה לירידה במשקל (דיאטה).
- 5.11. תרופה בתחום טיפולי ה-Anti-Aging.
- 5.12. תרופה הניתנת כטיפול מונע במסגרת רפואה מונעת.
- 5.13. כל אמצעי הנדרש להחדרת תרופה, לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה
- 5.14. תרופה הניתנת כטיפול תרופתי מניעתי למחלות נפש ו/או להפרעות נפש ו/או לאי שפיות, למבוטח שאינו חולה במחלות כאמור.

פרק ג' - הרחבה לתרופות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן. מובהר כי ככל שקיימת סתירה בין ההגדרות הקבועות בפרק המבוא לבין ההגדרות המפורטות להלן יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

- בית חולים** – מוסד רפואי שהרשויות המוסמכות בארץ בישראל מכירות בו כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- המדינות המוכרות** – ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- טיפול תרופתי** – נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- מרשם** – מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול התרופתי וכל שלושה חודשים במהלך הטיפול התרופתי את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- תרופה** – חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

2. הכיסויים ותנאיהם

2.1 בדיקה לאבחון וטיפול בסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה (Personalized Medicine)

2.1.1 מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע בדיקה למבוטח שחלה בסרטן שמטרתה אפיון והתאמת הטיפול למחלת הסרטן לצורך סיוע בקבלת החלטה טיפולית ואפיון דרכי הטיפול התרופתי, תוך בחינת הנסיבות האישיות של המבוטח, לרבות בדיקות גנטיות של גידולים לבחינת השפעת והתאמת הטיפול (להלן: "הבדיקה").

2.1.2 התחייבויות המבטח

בקרות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, יהא המבוטח זכאי לשיפוי בגין 80% מההוצאות שהוצאו בפועל עבור הבדיקה, זאת באמצעות תשלום ישירות לנוותן השירות או באופן ישיר לידי המבוטח, בגין ההוצאות כאמור אשר הוצאו בפועל, והכל עד לתקרה של 20,000 ₪ במצטבר לכל הבדיקות במהלך תקופת הביטוח.

2.2 כיסוי לתרופה נוספת

2.2.1 מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח, אשר עקב מחלה בה חלה במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ו/או שהצורך במתן התרופה נוצר לראשונה במהלך תקופת הביטוח, נזקק לקבל טיפול תרופתי, באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ומתקיימים בה במצטבר התנאים הבאים:

2.2.1.1 ניתן אישור לשימוש בה לפי תקנה 29(א)(1) או, 29(א)(3) או, 29(א)(4), או 29(א)(10) לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו, בהתאם להנחיות משרד הבריאות.

2.2.1.2 היא אושרה לשימוש על ידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.2.1.3 רופא מומחה בתחום הרלוונטי קבע כי התרופה יעילה לטיפול באופן ממשי במצבו הרפואי של המבוטח וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון בה על סמך אחד מהתנאים הבאים:

- שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים.
- בדיקות גנומיות שביצע המבוטח במכון גנטי בבית חולים או במעבדה לבדיקות גנטיות בעלת רישיון לערוך בדיקות גנטיות ממשרד הבריאות, או מה-FDA בארה"ב, או מהרשויות הרלוונטיות באיחוד האירופאי, שבמסגרתן נמצא, באבחון הגנטי של הגידול או התאים הסרטניים, כי המבוטח זקוק לתרופה לצורך טיפול במחלתו.

2.2.2 התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי בגין ההוצאות הישירות שהוצאו בפועל עבור רכישת התרופה לה נזקק המבוטח כתוצאה ממקרה הביטוח וזאת באמצעות תשלום ישירות לספק התרופה או באופן ישיר לידי המבוטח, ובלבד שסכומי השיפוי לא יעלו על המפורט להלן:

2.2.2.1 הוצאות רכישת התרופה

בגין תרופה נוספת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי עד לסך של **80,000 ₪ בחודש ועד ל-300,000 ₪ במצטבר למשך כל תקופת הביטוח**. במקרה שהוכחה יעילות התרופה, עד ל-**600,000 ₪ במצטבר לכל תקופת הביטוח**.

2.2.2.2 המחיר המרבי – המחיר המאושר לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. במקרה בו לא נקבע מחיר מרבי על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לא יעלה המחיר המאושר לתרופה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בהולנד. במקרה בו לא נקבע מחיר מרבי על ידי הרשויות המוסמכות בהולנד לא יעלה המחיר המאושר לתרופה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות באנגליה. במקרה בו לא נקבע מחיר מרבי על ידי אחת מהרשויות המוסמכות האמורות, המחיר המאושר לתרופה יהיה מחיר התרופה בהתאם למקובל בשוק באותה עת וזאת מבלי לגרוע מזכויות המבטח על פי כל דין.

2.2.3 תביעות

בנוסף להוראות סעיף "הגשת התביעה" בתנאים הכלליים של הפוליסה הבסיסית, יחולו על הגשת התביעות על פי סעיף 2.2 לעיל המפורטות להלן:

2.2.3.1 על המבוטח למסור למבטח מרשם עדכני למועד תחילת

הטיפול התרופתי וכן מרשם עדכני חדש לאחר מכן. מובהר כי תקופת כל מרשם (הן המרשם הראשון והן המרשמים הנוספים, ככל שיהיו) לא תעלה על שלושה חודשים.

2.2.3.2 במקרה של הפסקת מקרה הביטוח (דהיינו – הפסקת הצורך בטיפול התרופתי), על המבוטח להודיע על כך באופן מיידי למבטח. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין יוחזרו למבטח.

2.2.4 הגבלת חבות המבטח מחוץ לגבולות ישראל

אחריות המבטח לתשלום תביעה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת לכל היותר לתקופה של 180 ימים, בכל שהייה מחוץ לגבולות מדינת ישראל. בשוב המבוטח מחו"ל לישראל, תבחן שוב זכאותו של המבוטח בהתאם להוראות עבור כיסוי זה.

3. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה למקרה ביטוח על פי נספח זה היא באורך 90 ימים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה.

4. חריגים בגין כיסוי

בנוסף על סעיף החריגים הכלליים המפורטים בהסכם וכן בנוסף לחריגים המפורטים בפרק התרופות, שיחולו על פרק זה בשינויים המחויבים, המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי נספח זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן, או בגין מקרה ביטוח שהינו אחד או יותר מהמפורטים להלן, או בגין תרופה המפורטת באחד או יותר מהסעיפים הבאים:

- 4.1 עיקור מרצון.
- 4.2 תרופה לגמילה מעישון.
- 4.3 הפסקת היריון הקשורה בסיבות סוציאליות או לידה.
- 4.4 תרופה למטרות יופי ו/או אסתטיקה למעט תרופה שהשימוש בה נובע מצורך רפואי.

פרק ד' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. ניתוחים בחו"ל

1.1. מקרה הביטוח

גילוי כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח אשר המבוטח בחר לבצעו בחו"ל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעתו של המבוטח לחו"ל.

למען הסר ספק מובהר כי השתלה לא תחשב לניתוח.

1.2. הכיסוי הביטוחי

בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבוטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיף 1.3 להלן על כל סעיפי המשנה שבו, כמפורט להלן:

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

1.2.2. בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בעבור ההוצאות כמפורט בסעיף 1.3 להלן בהיקף של 200% מהמפורסם באתר האינטרנט, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.

1.3. התחייבות המבטח

להלן פירוט ההוצאות:

1.3.1. הוצאות בסיסיות בקשר עם ביצוע ניתוח:

- 1.3.1.1. שכר מנתח.
- 1.3.1.2. עלויות חדר ניתוח וצוות מנתח.
- 1.3.1.3. אשפוז הכולל שהייה בחדר בן 2-3 מיטות למשך עד 15 יום.
- 1.3.1.4. טיפולי פיזיותרפיה הנדרשים בקשר ישיר עם הטיפול הרפואי המבוצעים במהלך האשפוז.
- 1.3.1.5. טיפול תרופתי במהלך האשפוז.
- 1.3.1.6. בדיקות רפואיות המבוצעות במהלך האשפוז.

1.3.2. הוצאות נוספות בקשר עם ביצוע הניתוח:

- 1.3.2.1. עלות שתלים - שתל עד 50,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 1.3.2.2. שכר אחות לאחר ניתוח עד 750 ₪ ליום, עד 8 ימים.
- 1.3.2.3. התייעצות לפני ניתוח. שתי התייעצויות:
 - 1.3.2.3.1. עם מנתח עד 4,000 ₪
 - 1.3.2.3.2. עם רופא מומחה עד 1,200 ₪.
- 1.3.2.4. שיפוי בגין הוצאות בפועל עבור טיפול באמצעות טיפול באמצעות מקרופגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח וכתוצאה ממנו, עד 10,000 ₪ למקרה ביטוח.

1.3.2.5. הטסת גופה - החברה תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

1.3.3. הבאת מומחה לישראל –

המבטח רשאי לקבוע, לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של רופא מומחה לישראל, וזאת כתחליף לאמור בסעיפים 1.2 ו 1.3.1-1.3.2 לעיל, ובלבד שהעלות לא תעלה על גובה כל ההוצאות הנזכרות בסעיפים 1.2 ו 1.3.1-1.3.2 - לעיל בחו"ל ועד **80,000 ₪**.

1.3.4. הוצאות נוספות לניתוחים נבחרים בחו"ל:

במקרה של ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים רצופים או ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים) או ניתוח מוח או ניתוח אשר אין אפשרות לבצעו בארץ או שזמן ההמתנה לביצועו מסכן את חיי המבוטח, יכוסו גם ההוצאות הבאות:

1.3.4.1. הוצאות טיסה והעברה יבשתית – יכוסו הוצאות בגין טיסה סדירה במחלקת תיירים, לארץ הטיפול ובחזרה ממנה, לצורך ביצוע הטיפול הרפואי והוצאות העברה יבשתית סבירות למבוטח ולמלווה אחד ועד שני מלווים אם המבוטח הוא קטין.

1.3.4.2. הוצאות שהייה – יכוסו הוצאות שהייה למבוטח ומלווה יחיד עד **תקרה יומית בסך 1,000 ₪ ליום ולשני מלווים במצטבר** (למבוטח קטין) **עד 2,000 ₪ ליום ועד 30 ימים**.

1.3.4.3. הטסה רפואית - יכוסו עלויות הטסה רפואית (לרבות הטסת רופא מלווה, אם נדרש) למבוטח אשר מצבו הרפואי, על פי קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מחייב הטסה רפואית, בכפוף לתיאום ההטסה על ידי החברה, **ועד 100,000 ₪**. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח. כיסוי זה יינתן בגין ניתוח שהאשפוז בגינו מעל 10 ימים רצופים.

1.3.4.4. המשך מעקב רפואי בחו"ל **עד 100,000 ₪** במסגרת כיסויים נלווים לניתוחים נבחרים בחו"ל.

1.3.5. כיסויים להוצאות נוספות לאחר ניתוח פרטי בחו"ל:

1.3.5.1. טיפול פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק לאחר ניתוח – המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה, וזאת עד ל- **80%**, לא יותר מ-**200 ₪ לטיפול**, ועד **12 טיפולים למקרה ביטוח**.

1.3.5.2. שיקום כושר הדיבור או הראייה – המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה, אם בעקבות הניתוח נגרמה פגיעה בכושר הדיבור או הראייה, וזאת עד ל- 80%, לא יותר מ-200 ש"ח לטיפול, ועד 12 טיפולים.

1.4. חריגים

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם ולחריגים הקבועים בפרק הניתוחים/ניתוחים משלים שב"ן כולל החריגים בגין כיסוי טיפולים רפואיים המבוצעים כתחליף לניתוח, אשר יחולו במלואם על פרק זה בשינויים המחוייבים, המבטח לא יאה חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פרק זה בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן:

- 1.4.1. ניתוחי חירום.
- 1.4.2. מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל.

2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.1. מקרה הביטוח

- מקרה הביטוח הוא קיומם במצטבר של כל התנאים הבאים:
- 2.1.1. גילוי כי מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו (להלן: "הניתוח" או "הניתוח המוחלף"). למען הסר ספק מובהר כי זריקה והשתלה לא יחשבו לניתוח.
 - 2.1.2. רופא מומחה בישראל קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע הטיפול מחליף ניתוח.
 - 2.1.3. הטיפול מחליף ניתוח ניתן על ידי רופא מומחה המורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח.
 - 2.1.4. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף הניתוח על-פי כל דין במדינה בה הם ממוקמים.

2.2. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, יהא המבוטח זכאי לכיסוי בגין הוצאות שכר נותן הטיפול מחליף הניתוח, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או מרפאה והוצאות אשפוז בבית חולים, שהוצאו בפועל, באמצעות תשלום ישירות לנותן השירות או באופן ישיר לידי המבוטח, בגין ההוצאות כאמור וזאת עד לתקרה של 200% מעלות הניתוח המוחלף כפי שמפורסם באותו מועד באתר האינטרנט של המבטח שכתובתו www.clal.co.il בגין אותו ניתוח בישראל ובכל מקרה לא יותר מ-50,000 ש"ח. במקרה שהטיפול מחליף הניתוח לא תואם מראש עם המבטח הכיסוי יהא עד עלות הניתוח בישראל ולא יותר מ-25,000 ש"ח.

2.3. חריגים

- בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בפוליסה זו ולחריגים בפרק ניתוחים בישראל, לא יכוסו מקרי ביטוח שהינם:
- 2.3.1 בדיקות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, זריקה, הזלפות כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח אלא אם צוין במפורש אחרת בתנאי פרק זה.
 - 2.3.2 השתלות כהגדרתן בפרק ההשתלות, אילו יכוסו ע"פ פרק ההשתלות.
 - 2.3.3 קשורים בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.
 - 2.3.4 מטרותם קוסמטית או אסתטית.
 - 2.3.5 קשורים לטיפול גריאטרי.
 - 2.3.6 מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר והוכר לטיפול ע"י הרשויות המתאימות בישראל.
 - 2.3.7 פיתוח ביו-טכנולוגי הנוגע בשכפול גנים או לשפעול גנים או להחלפה או לטיפול בגנים או להזרקת תאים עובריים לאיברים שונים, למעט טיפול תאי, כולל טרפי והפקת תאים מקופליים.
 - 2.3.8 טיפול אלטרנטיבי/ רפואה משלימה כלשהוא, פיזיותרפיה, כימותרפיה.
 - 2.3.9 טיפולים במסגרת רפואה אלטרנטיבית, ובכלל זה טיפולים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה, רפלקסולוגיה, שיאצו וכירופרקטיקה.
 - 2.3.10 טיפולי פיזיותרפיה.
 - 2.3.11 טיפולים כימותרפיים והקרנות.
 - 2.3.12 טיפולים ניסיוניים.
 - 2.3.13 תרופה, בין אם הינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו.
 - 2.3.14 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה מרבית ימות השנה (183 ימים ומעלה בשנה) מחוץ למדינה ישראל.

פרק ה' - שירותים אמבולטוריים

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן. מובהר כי ככל שקיימת סתירה בין ההגדרות הקבועות בפרק המבוא לבין ההגדרות המפורטות להלן יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

1.1. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** - בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.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.

1.2 "בדיקות הריון" -

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

1.2.2. בדיקת סיסי שליה לנשים

1.2.3. שקיפות עורפית

1.2.4. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.2.5. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.

1.2.6. בדיקת מי שפיר.

1.2.7. חלבון עוברי

1.2.8. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה

1.2.9. בדיקת דם מסוג verify

1.2.10. כל בדיקה אחרת נוספת הקיימת היום או שתהיה קיימת בעתיד

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

2. מקרה הביטוח

הזדקקות המבוטח לשירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, שינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

3. תנאי מוקדם התחייבות המבטח

קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה.

4. התחייבות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח בגין הטיפולים, ההתייעצויות והבדיקות המפורטות להלן, עד לתקרות המפורטות להלן ובניכוי דמי ההשתתפות העצמית כמפורט להלן:

4.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח

התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה אשר בתחום מומחיותו. למען הסר ספק, התייעצות רפואית עם רופא מומחה לא תכלול את רופא המשפחה ו/או רופא הילדים המטפל במבוטח ו/או מעקב הריון ו/או רופא נשים המטפל במבוטח באופן קבוע.

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות, ועד 1,000 ₪ לכל התייעצות ולא יותר מ 6 התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבוטח מתוכן עד 3 התייעצויות עם פסיכיאטר.

4.2. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין 80% מההוצאות לחוות דעת שהוציא בפועל בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, אך לא יותר מ-2,000 ₪ לחוות דעת. הזכאות לחוות דעת שנייה לחו"ל היא אחת לכל מבוטח לכל תקופת הביטוח.

4.3. בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין הבדיקות כהגדרתן בסעיף 1.1 לעיל עד 4,500 ₪ לבדיקה ועד בסה"כ 13,500 ₪ בשנה יחד עם בדיקות הריון.

4.4. בדיקות הריון

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% בגין ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין כל בדיקות ההיריון למבוטחת להיריון - לא יותר מ-2,000 ₪ לבדיקה ועד 4,500 ₪ במצטבר לשנת ביטוח. בכל מקרה סה"כ בגין בדיקות אבחנתיות ובדיקות הריון לא יותר מ 13,500 ₪ לשנת ביטוח.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 180 יום ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.5. הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין

המבוטחת תהיה זכאית לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשאה בפועל בגין הפסקת הריון, לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד 1,500 ₪ (כולל עלות הוועדה) לכל תקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 180 יום ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.6. טיפולי הפריה חוץ גופית בארץ ובחו"ל

המבטח ישפה את המבוטחת ב 80% מהסכום ששילמה בפועל, בארץ או בחו"ל, תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F.) ו/או כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון, בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריין בישראל, וזאת עד 10,000 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני ההורים מבוטחים בפוליסה זו ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 180 יום ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.7. טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה ללא קשר לניתוח

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפול פיזיותרפיה/הידרותרפיה שיבוצעו במהלך תקופת הביטוח, בגין בעיה רפואית פעילה בהתאם לאישור של רופא מומחה. השיפוי ינתן עד ל 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-120 ₪ לטיפול, עד 12 טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה בסה"כ לשנת ביטוח אחת.

4.8. אביזרים רפואיים

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ-1,500 ₪ לאביזר לכל תקופת הביטוח. החזר לאביזרים הבאים: מכשיר CPAP, מכשיר שמיעה, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.

4.9. אחות פרטית

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח בגין השכרת שירותי אחות פרטית, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מ-700 ₪ לטיפול לכל יום ועד 8 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה.

4.10. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- amblyopia

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לשיקום כושר הדיבור, או הראיה, בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה וזאת עד ל-80% ולא יותר מ-150 ₪ לטיפול, ועד 5 טיפולים בתקופת הביטוח.

4.11. מנוי למשדר קרדילוגי

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל עבור מנוי לשירותי משדר קרדילוגי, וזאת בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חיי, או שאובחן בו צורך בניית לב, או שהוא זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-150 ₪ לחודש ועד ל-10 חודשים.

4.12. טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בפועל עבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מ-500 ₪ לכל תקופת הביטוח, ובתנאי שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

4.13. כיסוי לטיפול בחדר מלח-

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפול בחדר מלח במקרה של אסטמה ו/או מחלת ריאות כרונית ו/או מחלת עור, עד 3 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח ועד 150 ₪ לטיפול. הטיפול יאושר בכפוף להנחית רופא מומחה הממליץ על הצורך בקבלת הטיפול. השיפוי ינתן עד ל 80% מההוצאות בפועל בגין כל טיפול.

4.14. **אבחון בעיות התפתחות של ילדים:**

המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% ועד 1,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 180 יום ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.15. **טיפול בבעיות התפתחות של ילדים:**

מבוטח בגיל 3 עד 16 יהיה זכאי לשיפוי בגין 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין טיפולים שניתנו על ידי פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת/ מרפא בדיבור ו/או פסיכולוג התפתחותי, וזאת בגין בעיות התפתחותיות ו/או ליקוי למידה אשר אובחנו במבוטח, בכפוף להמלצת רופא מומחה ובתנאי שלא טופל בטיפולים אלו טרם הצטרפותו לביטוח, אך לא יותר מ-100 ₪ לטיפול, ועד 10 טיפולים בשנת ביטוח לכל סוגי הטיפולים ביחד.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 180 יום ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.16. **טיפולים פסיכולוגיים**

המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל עובד סוציאלי ו/או טיפול פסיכיאטרי, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל וזאת עד 230 ₪ לייעוץ ועד עשרה ייעוציים לשנת ביטוח.

4.17. **מימון לשירותי פונדקאות בארץ ובחו"ל**

המבטח ישפה את המבוטח ב 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה עפ"י הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד 15,000 ₪ לכל סדרת טיפולים. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים.

4.18. **פיצוי לאחר אשפוז שלא כתוצאה מניתוח**

מבוטח אשר יאושפז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, יפוצה על ידי המבטח בפיצוי יומי החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 10 יום בסך 400 ₪ ליום.

4.19. **רפואה משלימה**

טיפולים ברפואה משלימה: המבטח ישפה את המבוטח, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% עבור טיפולי רפואה משלימה כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטרופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בסה"כ בשנת ביטוח.

4.20. **טיפול בגלי הים, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם המבטח** ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד הגשת קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), **עד סכום מרבי של 3,500 ₪** למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.21. **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים, במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד הגשת קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) **עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח.** ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.22. **הזרקות לטיפול בהזעת יתר:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד הגשת קבלות, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) **עד סכום מרבי של 3,000 ₪ למקרה ביטוח.** ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.23. **הזרקות לעין למניעה או טיפול במחלת רשתית:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד הגשת קבלות, **עד סכום מרבי של 1,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מ- 2,000 ₪ לסדרת הזרקות** (בגין ההזרקה ובחומר המוזרק גם יחד) ולא יותר מעלות הטיפול בפועל. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זהה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה תחליף לניתוח ישולם דרך פרק תחליפי ניתוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

הגבלת סכום הביטוח

זכאות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח עבור כל הכיסויים הכלולים בכיסוי טיפולים והזרקות כמפורט בסעיפים 4.21- 4.23 לעיל, הינה עד תקרת סכום של 7,000 ₪ בסה"כ לכל תקופת הביטוח.

4.24. כיסוי לחוות דעת רפואית מורחבת

המבטח ישלם עבור חוות דעת רפואית מורחבת (להלן: "השירות") ישירות לנותן השירות או ישפה את המבטוח כנגד הגשת קבלות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל ו/או ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבטוח, הכולל תקציר כתוב בשפה העברית המסכם את תוצאות החיפוש חתום ע"י רופא ו/או מידען רפואי. מטרת חוות הדעת או המחקר הרפואי האישי הוא קביעת אבחנה רפואית או דרך טיפול בבעיה או בדיקת ממצאים רפואיים או פענוח של בדיקות רפואיות. גובה השיפוי לא יעלה על ההוצאות הממשיות שהוציא המבטוח עבור חוות הדעת ו/או המחקר הרפואי האישי **ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, עד 6,500 ₪ לפי הנמוך מבניהם** ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. במקרה והמבטוח נדרש לטוס לחו"ל ביצוע חוות הדעת, ישולם גם החזר בגין הוצאות הטיסה **עד הסכום 4,500 ₪**. מובהר כי שירות שישולם במסגרת פרק זה, לא יכוסה גם במסגרת בפרק אחר בפוליסה ולא יהיה כפל תשלום בגין שירות זהה.

פרק ו' - ניתוחים בישראל מהשקל הראשון

ניתוחים בישראל מהשקל הראשון, טיפולים מחליפי ניתוח בישראל והתייעצויות בישראל

1. **הגדרות**
- בכל מקרה שקיימת סתירה בין ההגדרה הקיימת בפרק זה ובין ההגדרות בפרק המבוא בפוליסה תחול ההגדרה המפורטת בפרק זה.
- הגדרות אלה נוספות על ההגדרות המופיעות בתנאים הכלליים:
- התייעצות**
- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- טיפול מחליף ניתוח**
- טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. רופא מומחה אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כרופא מומחה מנתח.
- מנתח**
- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- קופת חולים**
- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994
- רופא**
- מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה פי פקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז - 1976, למעט רופא שיניים ורופא וטרינר.
- רופא מומחה**
- רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג - 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- רופא מרדים**
- רופא שהשלטונות המוסמכים בישראל הסמיכו ואישרו אותו כרופא מרדים.
- תקופת אכשרה**
- תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

הגדרות אלה מחליפות את ההגדרות הכלליות המופיעות בפוליסה:

	-	בית חולים פרטי	
			אחד מאלה:
(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013			
(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום;			
פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.	-	ניתוח	
כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.	-	שתל	

2. מקרה הביטוח

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

3. התחייבות המבטח

3.1 בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, היא המבוטח

זכאי לכיסוי בגין מלוא עלות ההוצאות המפורטות להלן שהוצאו בפועל בקשר עם מקרה הביטוח **ובלבד שהשירותים המפורטים להלן ניתנו באמצעות נותן שירות שבהסכם:**

3.1.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח;

לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.1.2 שכר מנתח;

3.1.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;

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

- 3.1.4** טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- 3.2** במידה והשירותים המפורטים בסעיף 3.1.1 ו-3.1.4 לעיל ניתנו באמצעות נותן שירות אחר, הסכום המרבי שישלם המבוטח בגין כל שירות שניתן על ידי נותן שירות אחר לא יעלה על הסכום המפורסם באותו מועד באתר האינטרנט של המבוטח שכתובתו www.clal.co.il בגין אותו שירות ואותו ניתוח (להלן – "הסכום שבאתר האינטרנט"), ובמקרה בו מדובר בהתייעצות בתנאי שלא יעלה על סכום של 1,200 ₪ בגין כל התייעצות. מובהר כי הכיסוי לסעיפים 3.1.2 ו-3.1.3 ניתן על ידי נותן שירות שבהסכם בלבד.
- 3.3** למרות האמור בסעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל המבוטח יהיה רשאי להציע החזר כספי בגין קבלת שירות מנותן שירות אחר, ובלבד הוא מאושר לענין זה באותה עת על ידי שר האוצר. במקרה זה סכום החזר לא יעלה על הסכום המפורסם באותו מועד באתר האינטרנט בגין אותו שירות ואותו ניתוח. למען הסר ספק מובהר כי אין באמור כדי לחייב את המבוטח לפנות לקבלת אישור כאמור מאת שר האוצר.
- 3.4** בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במסגרת תכנית לשירותי בריאות נוספים בקופת החולים בה חבר המבוטח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבוטח, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבוטח החזר השתתפות עצמית ככל שנשא בה בפועל בגין אותו ניתוח.

4. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה למקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא באורך 90 ימים. על אף האמור, תקופת אכשרה למקרה ביטוח על פי פוליסה זו הנוגע ו/או הקשור להריון או לידה תהיה 12 חודשים. מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה.

5. חריגים

- 5.1** המבוטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2** המבוטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן, או בגין מקרה ביטוח שהינו אחד או יותר מהמפורטים להלן:
- 5.2.1** מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית.
- 5.2.2** מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.2.3** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

- 5.2.4** ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980.
- 5.2.5** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.2.5.1** ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.2.5.2** ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.
- 5.2.6** ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.2.7** השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.2.8** מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004 כאמור בסעיף 4 לעיל.
- יובהר כי החרגים הקיימים בתנאים הכללים אינם חלים על פוליסה זו.

פרק ו'1 - ניתוחים - משלים שב"ן

ניתוחים בישראל משלים שב"ן (פרק חלופי לפרק ניתוחים בישראל מהשקל הראשון)

1. הגדרות

בכל מקרה שקיימת סתירה בין ההגדרה הקיימת בפרק זה ובין ההגדרות בפרק המבוא בפוליסה תחול ההגדרה המפורטת בפרק זה.

הגדרות אלה נוספות על ההגדרות המופיעות בתנאים הכלליים:

- | | |
|--|---|
| <p>התייעצות</p> <p>- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.</p> <p>הסכום שבאתר האינטרנט</p> <p>- הסכום המפורסם באותו מועד באתר האינטרנט של המבטח שכתובתו www.clal.co.il בגין אותו שירות אותו ניתוח.</p> <p>טיפול מחליף ניתוח</p> <p>- טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף. רופא מומחה אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כרופא מומחה מנתח.</p> <p>מנתח</p> <p>- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.</p> <p>מרפאה כירורגית פרטית</p> <p>- כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.</p> <p>קופת חולים</p> <p>- מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה פי פקודת הרופאים (נוסח חדש), התשל"ז - 1976, למעט רופא שיניים ורופא וטרינר.</p> <p>רופא</p> <p>- רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג - 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.</p> <p>רופא מומחה</p> <p>- רופא שהשלטונות המוסמכים בישראל הסמיכו ואישרו אותו כרופא מרדים.</p> <p>רופא מרדים</p> <p>- תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.</p> <p>תקופת אכשרה</p> | <p>הגדרות</p> <p>הסכום שבאתר האינטרנט</p> <p>טיפול מחליף ניתוח</p> <p>מנתח</p> <p>מרפאה כירורגית פרטית</p> <p>קופת חולים</p> <p>רופא</p> <p>רופא מומחה</p> <p>רופא מרדים</p> <p>תקופת אכשרה</p> |
|--|---|

הגדרות אלה מחליפות את ההגדרות הכלליות המופיעות בפוליסה:

	-	אחד מאלה:	
<p>(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;</p> <p>(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.</p>	-	<p>בית חולים פרטי</p>	
<p>פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.</p>	-	<p>ניתוח</p>	
<p>כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.</p>	-	<p>שתל</p>	

2. מקרה הביטוח

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

3. התחייבות המבטח

3.1 בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופת הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, היא המבוטח זכאי לכיסוי בגין מלוא עלות ההוצאות המפורטות להלן שהוצאו בפועל, בקשר עם מקרה הביטוח **ובלבד שהשירותים המפורטים להלן ניתנו באמצעות נותן שירות שבהסכם והכל בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן וכמפורט להלן:**

3.1.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח, לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.1.2 שכר מנתח;

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

- 3.1.4 טיפול מחליף ניתוח; כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- 3.2 במידה והשירותים המפורטים בסעיף 3.1.1 ו-3.1.4 לעיל ניתנו באמצעות נותן שירות אחר, הסכום המרבי שישלם המבטח בגין כל שירות שניתן על ידי נותן שירות אחר לא יעלה על הסכום המפורסם באותו מועד באתר האינטרנט של המבטח שכתובתו www.clal.co.il בגין אותו שירות ואותו ניתוח (להלן – "הסכום שבאתר האינטרנט") בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן, ובמקרה בו מדובר בהתייעצות בתנאי שלא יעלה על סכום של 1,200 ₪ בגין כל התייעצות, בניכוי סך ההוצאות שזכאי המבוטח לקבל מהשב"ן. מובהר כי הכיסוי לסעיפים 3.1.2 ו-3.1.3 ניתן על ידי נותן שירות שבהסכם בלבד. הכיסוי לפי פוליסה זו ניתן רק לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן.
- 3.3 זכאות כאשר תכנית השב"ן אינה מכסה את מקרה הביטוח:
- 3.3.1 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, אך לא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט.
- 3.3.2 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולמו למבוטח התגמולים בהתאם להוראות פוליסה זו, דהיינו - מעבר לזכויות המוענקות לכלל העמיתים בשב"ן, להן היה זכאי גם המבוטח לו לא היו מתקיימות הנסיבות המסוימות כאמור, אך לא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט.
- 3.4 למרות האמור בסעיף 3.1 לעיל המבטח יהיה רשאי להציע החזר כספי בגין קבלת שירות מנותן שירות אחר, ובלבד הוא מאושר לענין זה באותה עת על ידי שר האוצר. במקרה זה סכום החזר לא יעלה על הסכום המפורסם באותו מועד באתר האינטרנט בגין אותו שירות ואותו ניתוח. למען הסר ספק מובהר כי אין באמור כדי לחייב את המבטח לפנות לקבלת אישור כאמור מאת שר האוצר.
- 3.5 בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו במסגרת תכנית לשירותי בריאות נוספים בקופת החולים בה חבר המבוטח באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטח החזר השתתפות עצמית ככל שנשא בה בפועל בגין אותו ניתוח.

4. תקופת אכשרה

- תקופת אכשרה למקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא באורך 90 ימים. על אף האמור, תקופת אכשרה למקרה ביטוח על פי פוליסה זו הנוגע ל/או הקשור להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- מובהר כי לא תהא תקופת אכשרה למקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מתאונה.

5. חריגים

- 5.1 המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 המבטח לא יהא חייב במתן תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח שאירע עקב או בגין אחד או יותר מן האירועים הנקובים בסעיפים שלהלן, או בגין מקרה ביטוח שהינו אחד או יותר מהמפורטים להלן:
- 5.2.1 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרית.
- 5.2.2 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.2.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.2.4 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980.
- 5.2.5 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.2.5.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.2.5.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.
- 5.2.6 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.2.7 השתלת איברים; לענין זה, "השתלת איברים" – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 5.2.8 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004 כאמור בסעיף 9.2 לתנאים הכלליים.
- יובהר כי החריגים הקיימים בתנאים הכללים אינם חלים על פוליסה זו.

6. ברות ביטוח

6.1 בוטלה חברותו של המבוטח בשב"ן בידי מי מהצדדים לשב"ן, יהיה רשאי המבוטח לפנות למבטח, תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי המקנה שיפוי מהשקל הראשון בשל בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל (להלן: "**פוליסת המשך**"). במקרה זה יעבור המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

6.1.1 סיום חברות המבוטח בשב"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;

6.1.2 מעבר לשב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

6.2 המעבר לפוליסת המשך תהיה תמורת דמי הביטוח הנהוגים לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן.

לעניין סעיף זה, "**מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן**" - מועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

פרק ז' – כתב שירות אבחון ישיר

המנוי יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.

מובהר כי כל עוד יסופקו השירותים על ידי הדסה מדיקל בע"מ, הם ינתנו בתחומי המרכז הרפואי ברמת גן. עם זאת, יתכן כי חלק מהשירותים ינתנו שלא בתחומי המרכז הרפואי ברמת גן, בהתאם לדחיפות ולזמינות.

1. הגדרות

- 1.1. בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:
 - 1.1.1. **החברה** – כלל חברה לביטוח בע"מ.
 - 1.1.2. **המועד הקובע** – מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.
 - 1.1.3. **הפוליסה** – הפוליסה שאליה מצורף כתב שירות זה.
 - 1.1.4. **השירות או השירותים או שירותי אבחון רפואיים** – השירותים הניתנים בהתאם למפורט בכתב שירות זה ועל פי הוראותיו, חריגיו וסייגיו, כולם או מקצתם, לפי הקשר הדברים.
 - 1.1.5. **מנוי** – אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמי שנרכש עבורו כתב שירות זה.
 - 1.1.6. **מוקד השירות או המוקד** – קו טלפון שמספרו הנו 03-6388400, שישימש לפניות המנויים לספק לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות ניתן לשינוי ולא לעדכון בכל עת.
 - 1.1.7. **ספק השירות או הספק** – **פמי פרימיום בע"מ** או כל גורם אחר, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.1.8. **רופא** – מי שרשאי לעסוק בישראל כרופא בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים.
 - 1.1.9. **רופא מומחה** – רופא שהוסמך לעסוק בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, ושתחום מומחיותו רלוונטי למתן שירותים על פי כתב שירות זה.
 - 1.1.10. **תקופת השירות** – תקופה שתחל במועד הקובע ותימשך כל עוד לא הסתיים כתב השירות, בהתאם לאמור בכתב שירות זה ובכפוף לו.
- 1.2. כל האמור בכתב שירות זה בלשון יחיד, משמעו גם בלשון רבים, וכל האמור בלשון זכר, משמעו גם בלשון נקבה, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- 1.3. כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשה לצורך פרשנות.

2. השירותים

- 2.1. לאחר חלוף תקופת האכשרה כאמור בסעיף 2.7 להלן ועד לתום תקופת השירות, יהא המנוי זכאי לקבלת שירותי אבחון רפואיים הכוללים בדיקות ופעולות רפואיות אבחנתיות הנדרשות לצורך אבחון מצבו הרפואי, הכול כמפורט להלן –

2.1.1. פגישת ייעוץ רפואי ראשוני עם רופא מטעם הספק, שבמסגרתה ייקבע הצורך בבדיקות האבחנתיות הראשוניות – דם, שתן, אולטרסאונד, רנטגן (להלן: **"בדיקות אבחנתיות ראשוניות"**).

2.1.2. בדיקות אבחנתיות נוספות שייקבעו על פי שיקול דעתו של רופא מטעם הספק, בהתבסס, בין היתר, על תוצאות הבדיקות האבחנתיות הראשוניות – MRI ללא חומר ניגודי, CT, PETCT, ממוגרפיה, ביופסיה שד ובדיקות אבחנתיות פולשניות נוספות כפי שיידרשו על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא (להלן: **"בדיקות אבחנתיות נוספות"**).

2.1.3. על אף האמור, מובהר כי שירותי האבחון הרפואיים לא יכללו אבחון פסיכיאטרי ולא אבחון של מחלות נפש ולא אבחון של הפרעות נפש, אבחון הפרעות קשב וריכוז, אבחון מצבים רפואיים בתחום רפואת השיניים ולא הפה והלסת, בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להיריון ולא ללידה ולא לפריון ולא לעקריות, אבחון גינקולוגי.

2.2. לוחות זמנים:

2.2.1. פגישת הייעוץ הרפואי הראשוני הנזכרת בסעיף 2.1.1 דלעיל תתקיים בתוך יום עבודה אחד ממועד פנייתו של המנוי אל המוקד במסגרת יום העבודה. "יום עבודה" לענין סעיף זה הוא כל יום חול בין השעות 9:00 ל-16:00. מי שפנה למוקד לאחר תום יום העבודה ייחשב כמי שפנה ביום העבודה הבא.

2.2.2. הבדיקות האבחנתיות הראשוניות הנזכרות בסעיף 2.1.1 לעיל יבוצעו עד שלושה ימי עבודה מהמועד בו תתקיים פגישת הייעוץ הרפואי הראשוני, אולם הספק יעשה מאמצים לקיימן באותו יום עבודה. לאחר ביצוע יחזור המנוי לרופא מטעם הספק לפגישה בסיימה ימסר לו דו"ח הכולל את תוצאות האבחון הראשוני והמלצות להמשך טיפול, ככל שקיימות (להלן: **"סיום הליך האבחון הראשוני"**).

2.2.3. הבדיקות האבחנתיות הנוספות הנזכרות בסעיף 2.1.2 לעיל יבוצעו בתוך 3 ימי עבודה מיום סיום הליך האבחון הראשוני. במידה וידרשו בדיקות כאמור תתקיים פגישת סיכום עם הרופא מטעם הספק או רופא מומחה וזאת בתוך 4 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת. במידה ופרק הזמן ממועד סיום הבדיקה האבחנתית הנוספת האחרונה ועד לקבלת מלוא התשובות של הבדיקות האבחנתיות השונות יעלה על שבוע ימים תתקיים פגישת ביניים בתום 7 ימי עבודה ממועד סיום הבדיקה האחרונה.

מובהר כי במקרה בו פעילות הספק או חלק משמעותי ממנה ייפגעו עקב סיבה שאינה בשליטת הספק, כגון: שריפה, התפוצצות, מלחמה, הספק והחברה לא יהיו אחראים לאי עמידה בלוחות הזמנים המפורטים בסעיף זה לעיל.

2.3. כל עוד שירותי האבחון הרפואיים ניתנים על ידי הדסה מדיקל בע"מ, יתנו שירותים אלה למנויים אך ורק בתחומי המרכז הרפואי ברמת גן. עם זאת, יתכן כי חלק מהשירותים יינתנו שלא בתחומי המרכז הרפואי ברמת גן, בהתאם לדחיפות ולזמינות. במידה ויוחלף ספק השירות, תעדכן החברה את המנויים בדבר מיקום מתן השירותים.

2.4. בסיום מתן השירותים, יימסר למנוי דוח אבחון הכולל את תוצאות תהליך האבחון.

- 2.5. במידת הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא הנזכר בסעיף 2.1.1 לעיל, יוכל הרופא להיוועץ עם רופא מומחה ולא עם צוות מומחים מתחומי רפואה שונים לצורך אבחון מצבו הרפואי ולא ניתוח תוצאות הבדיקות של המנוי.
- 2.6. מובהר כי המנוי אינו זכאי לקבל שירותים שאינם כלולים בשירותי האבחון הרפואי על פי כתב שירות זה, ובכלל זה לא יהא המנוי זכאי לעדיפות כלשהי בשירותים אחרים שמעניק הספק.
- 2.7. המנוי זכאי לשירותי אבחון רפואיים לאחר תום תקופת אכשרה, שתחילתה במועד הצטרפותו לכתב שירות זה ואורכה 90 ימים. המנוי אינו זכאי לשירותים על פי כתב שירות זה במהלך תקופת האכשרה. תקופת האכשרה תחול על כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב שירות זה הנו בתוקף, ותחול מחדש בכל פעם שבה צורך המנוי לכתב שירות זה מחדש, לתקופת שירות בלתי רצופות.

3. השתתפות עצמית

המנוי ישלם דמי השתתפות עצמית כדלקמן:

- 3.1. בגין אבחון רפואי ולא בדיקות אבחנתיות ראשוניות – סכום כולל של 160 ₪.
- 3.2. בגין בדיקות אבחנתיות נוספות, למעט PETCT – סכום כולל של 320 ₪.
- 3.3. בגין בדיקת PETCT (בניכוי סך של 320 ₪, ככל ששולם כאמור לעיל) – 800 ₪.

4. אופן קבלת השירותים

- 4.1. מנוי הזכאי לקבל שירות על פי כתב שירות זה יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו ויצוין את מספר תעודת הזהות שלו, את כתובתו, את מספר הטלפון שבו ניתן להשיגו ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שבגינו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש.
- 4.2. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ביום הכיפורים, החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד מוצאי יום הכיפורים, שעתיים לאחר סיום הצום.
- 4.3. לשם מתן השירות, ימסור המנוי למוקד השירות ולא לספק, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שידרשו ממנו מוקד השירות ולא הספק, לפי העניין.
- 4.4. בשירותים שבהם צוין הדבר בכתב שירות זה, יהא המנוי חייב בתשלום השתתפות עצמית כתנאי לקבלת השירותים. המנוי ישלם את דמי ההשתתפות העצמית ישירות לספק, בהתאם להנחיות החברה.
- 4.5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה וטופס בקשה לקבלת שירותים רפואיים, כשכל הפרטים הנדרשים בו מלאים, וזאת כתנאי לקבלת השירותים הרפואיים.
- 4.6. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
- 4.7. השירותים על פי כתב שירות זה יינתנו בימי חול, בשעות הפעילות הרגילות ובהתאם ללוח העבודה של הספק.
- 4.8. אם יבקש מנוי לבטל את פנייתו לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, עליו להודיע על כך למוקד השירות באופן מיידי ולא פחות מ-12 שעות בטרם מועד השירות. מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול כאמור, ייחשב כאילו מימש את אותו שירות לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית.

4.9. הספק מתחייב כי השירות הניתן על ידו יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות, כי תתקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנויים.

5. קבלת השירותים בעת שירות צבאי

בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), חלות על המנוי הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת והעוללות להגביל את המנוי או למנוע ממנו, בעת שירותו הצבאי, קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. מצב זה עלול להשפיע על מימוש הזכויות המגיעות למנוי בהתאם לתנאי כתב שירות זה. המידע בדבר הוראות הצבא והנחיותיו, המשתנות מעת לעת כאמור לעיל, מצוי אצל רשויות הצבא. בכל מקרה שבו המנוי נמצא בשירות צבאי, עליו להתעדכן בדבר קיומן של הוראות והנחיות אלה.

6. תוקפו של כתב שירות זה

6.1. כתב שירות זה ייכנס לתוקף החל מהמועד הקובע, וזאת מבלי לגרוע מתקופת האכשרה האמורה בסעיף 2.7 לעיל.

6.2. תוקפו של כתב שירות זה יפוג במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לבין הספק, אם החברה לא הגיעה להסדר עם ספק חלופי ובכפוף לאישור המפקח.

6.3. על אף האמור בסעיף 6.2 דלעיל, במקרה שבו בוטל כתב השירות בהתאם לסעיף 6.2 דלעיל, מנוי הנמצא במהלך סדרת טיפולים או מנוי שפנה למוקד השירות לקבלת שירות בטרם מועד ההודעה על הפסקת השירות, אך טרם קיבל את מלוא השירות בפועל, יהיה זכאי לקבל או להשלים את קבלת השירות בתוך 60 יום ממועד ההודעה על הפסקת השירות.

6.4. להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, זכאי המנוי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.

7. שונות

7.1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.



בכל שאלה או הבהרה
או לצורך הכוונה וסיוע בעת הגשת תביעה
"דוידוף" הסדרים פנסיונים סוכנות ביטוח חיים (2006) בע"מ לרשותך
yariva@Tmu.co.il | 052-335-3723 לקוחות: *5590

להזמנת שירותי אבחון ישיר
ולצורך קבלת סיוע בנושא ביטוח הבריאות
נשמח לעמוד לרשותך בטל. 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

