

כחלק מהמאמץ השוטף להיטיב ולחדש את סל ההטבות לחברי ארגון סגל ההוראה (אס"ה), אנו שמחים להציג בפניכם את תוכנית ביטוח הבריאות לחברי אס"ה.

הצטרפות להטבת הביטוח אפשרית **רק לחברי אס"ה**. החברות באס"ה אינה כרוכה בשום התחייבות, והיא מגלמת בתוכה זכויות נוספות וביניהן זכות הצבעה למוסדות הארגון, כרטיס עובד ועוד.

השקענו מאמצים רבים בגיבוש התוכנית ובבחירת הספקים. החברה המבטחת הינה חברת "הפניקס", אחת החברות המובילות בתחום הבריאות בארץ, והשירות יינתן לנו באמצעות סוכנות הביטוח "ישרים".

התוכנית שנבחרה הינה אטרקטיבית ביותר, הן מבחינת היקפי הכיסוי והן מבחינת מחירי הביטוח, הנמוכים מאד יחסית למוצע בשוק.

הביטוח כולל כיסוי רחב ביותר הן לאירועים רפואיים חריגים כגון השתלות וניתוחים בארץ ובחו"ל, והן עבור תרופות שאינן בסל, בדיקות למיניהן ועוד.

אנו מאמינים כי תוכנית זאת היא נדבך חשוב בקידום איכות החיים שלכם ושל בני משפחתכם, ולכן הוחלט בארגון לממן את פרמיית רובד הבסיס של כל חבר במלואה. בני המשפחה יוכלו להצטרף לפוליסה באותם תנאים ובאותו מחיר באופן וולונטרי.

תכנית ביטוח זו מאפשרת לחברי הארגון ובני משפחתם להרחיב את רובד הבסיס לכיסויים נוספים במחירים הזולים משמעותית ממחירי השוק הפרטי. פירוט הכיסויים ברבדי הביטוח השונים נמצא בחוברת זאת ובאתר.

שימו לב – מעבר לרובד הביטוח הבסיסי, כל חברי הארגון ובני משפחותיהם (בן/בת זוג + ילדים) יוכלו להצטרף לתוכנית הביטוח באופן פרטי **ללא צורך בבדיקות רפואיות והצהרות בריאות למשך 120 יום** ממועד תחילת זכאות על פי דיווח הארגון לחברת הביטוח (הצטרפות חבר חדש לארגון). היות והצטרפות בשלב מאוחר יותר לא תאפשר הצטרפות ללא הצהרת בריאות, אנו ממליצים לנצל תקופה זו ולהצטרף לתכנית הביטוח. במידה ותשנו דעתכם ותרצו להיגרע מהתוכנית, תוכלו לעשות זאת בכל שלב.

צירוף תינוק שנולד – ניתן לצרף תינוק שנולד במשך **180 מיום** לידתו ללא הצהרת בריאות, באמצעות טופס הצטרפות

להלן הכיסויים בפוליסה:

רובד בסיס - רובד זה ממומן לחבר ע"י הארגון באופן מלא

- ביטוח להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
- ביטוח לתרופות מיוחדות

רובד הרחבה - הפרמיה משולמת באמצעי גביה אישיים לחברת הביטוח

- כיסוי לניתוחים מהשקל הראשון
- כיסוי לניתוחים משלים שב"ן
- טיפולים מחליפי ניתוח
- ניתוחים פרטיים בחו"ל
- טיפולים אמבולטוריים
- כתבי שירות ורפואה משלימה.

בברכת רפואה שלמה,
ועד אס"ה

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
18	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
	<u>רובד בסיס</u>
36	פרק 1 - השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל
42	פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	<u>רובד הרחבה</u>
	פרק 3 - ניתוחים:
46	מסלול א' - ניתוחים בישראל- כיסוי מהשקל הראשון
51	מסלול ב' - ניתוחים בישראל מסלול משלים שב"ן
59	פרק 4 - ניתוחים בחו"ל
62	פרק 5 - טיפולים מחליפי ניתוח
64	פרק 6 - שירותים אמבולטוריים
67	פרק 7 - כתבי שירות: רופא עד הבית, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, חירום שיניים
83	דף רשימה

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון סגל ההוראה בטכניון ובני משפחותיהם.
	2. שם בעל פוליסה	ארגון סגל ההוראה בטכניון
	3. הכיסויים בפוליסה	כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות.
		<u>רובד בסיס</u> פרק 1 - השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות <u>רובד הרחבה</u> פרק 3- ניתוחים בישראל מסלול א' - כיסוי מהשקל הראשון או מסלול ב' - מסלול משלים שב"ן פרק 4- ניתוחים בחו"ל פרק 5 - טיפולים מחליפי ניתוח פרק 6 - שירותים אמבולטוריים פרק 7 - כתבי שירות
	4. משך תקופת הביטוח (הקבוצתי)	1.12.2015-30.11.2020
	5. המשכיות (לפוליסת פרט)	קיימת במקרים של תום תקופת הביטוח הקבוצתי או הפסקת הזיקה לבעל הפוליסה, לפי המוקדם מביניהם.
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
	7. תקופת אכשרה	30 יום - ניתוחים (מסלול מהשקל הראשון או מסלול משלים שב"ן), ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, 60 יום - השתלות ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, שירותים אמבולטוריים. 4 חודשים - ס' 2.4, טיפולי פריון בפרק שירותים אמבולטוריים. 5 חודשים - ס' 1.6, בדיקות הריון בפרק שירותים אמבולטוריים. 6 חודשים - מקרים הקשורים להריון, לידה ופוריות (בפרקי הפוליסה להלן: ניתוחים (מסלול מהשקל הראשון או מסלול משלים שב"ן), ניתוחים בחו"ל, טיפולים מחליפי ניתוח, שירותים אמבולטוריים).

תנאים				סעיף	נושא
3 חודשים- נכות תעסוקתית מניתוח.				8. תקופת המתנה	
קיימת, כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות.				9. השתתפות עצמית	
ניתן בהתאם להסכמות עם בעל הפוליסה.				10. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים
מסלול משלים שב"ן	מסלול מהשקל הראשון	רובד בסיס	המבוטח (גילאים)	11. גובה הפרמיה	פרמיות
	74.10	19.16	חבר/ה		
	74.10	19.16	בן/בת זוג		
	23.00	7.67	ילד/ה עד גיל 25		
	74.10	19.16	ילד/ה מעל גיל 25		
*מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך- חינם. הפרמיות צמודות למדד שפורסם ביום 15.7.2018 12365 נק'.					
צמודת מדד.				12. מבנה הפרמיה	
יבוצע שינוי בהתאם להוראות רגולטוריות ו/או בהתאם להסכמות עם בעל הפוליסה. (ס' 14.5)				13. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
בהודעה בכתב למבוטח . יתבטל תוך 3 ימים מיום מסירת הודעת הביטול ע"י המבוטח (ס' 8.1.1) או בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת ביטוח, במהלך 60 יום לאחר מועד החידוש.				14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	תנאי ביטול
עקב אי תשלום דמי ביטוח או במקרה של אי גילוי ו/או במקרה של שינוי בהוראות רגולטוריות.				15. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	
קיימת (ס' 10).				16. החרגה בגין מצב רפואי קיים	חריגים
כמפורט בס' 9,10,13 וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלכות (ס' 8), תרופות (ס' 4), ניתוחים בישראל מסלול מלא (ס' 5), ניתוחים בישראל מסלול משלים שב"ן (ס' 6), ניתוחים בחו"ל (ס' 4) מחליפי ניתוח (ס' 3), שירותים אמבולטוריים (ס' 3).				17. סייגים לחבות המבטחת	

ההפניות בחלק א' הינן לסעיפים בפרק התנאים כלליים בפוליסה אלא אם צוין אחרת.

חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוזם תגמולי מביטוח אחר
פרק 1 - השתלות ו/ או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל					
שיפוי להשתלה (תקרת מקסימום לכל פרק א')	5,031,519 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה. ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי להשתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים	2,515,759 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימלי המקובל לאותו סוג השתלה במידה בה מתבצעת ההשתלה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות בגין טיפול רפואי	בהתאם לתקרת השיפוי להשתלה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות אשפוז	90 יום לפני ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד; 270 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר האשפוז	100,630 ₪ להשתלה ו/או לטיפול מיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות נסיעה לחו"ל	עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצח תגמולים מביטוח אחר
הוצאות שהייה בחו"ל	1,006 ₪ ליום ליחיד , 1,208 ₪ לשניים ליום ועד 201,261 ₪ להשתלה/טיפול מיוחד השתלה/טיפול מיוחד לקטין- 1,610 ₪ ליום ועד 201,261 ₪ להשתלה/טיפול.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	100,630 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסת גופה לישראל	בהתאם ובכפוף לתקרת השיפוי להשתלה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל	80,504 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות איתור איבר להשתלה	150,946 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל	805,043 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי	50,000 ₪ במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי חד פעמי בגין מימון חלקי של קופ"ח של לפחות 25%	25,000 ₪ במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
גמלת החלמה חודשית בעקבות השתלה בחו"ל לאחר ביצוע ההשתלה	5,032 ₪ לחודש, למשך 24 חודשים למקרה ביטוח. במקרה של השתלת כליה/מח עצם ישולם 3,019 ₪ למשך 24 חודשים למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה ללא מעורבות המבוטח לאחר ההשתלה	להשתלות המפורטות בסעיף זה, 271,702 ₪ למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי במקרה של צורך רפואי בהשתלה – כיסוי למחלה קשה	250,000 ₪ למקרה ביטוח. * קבלת תגמולים לפי ס' זה- מחליף כל תגמול אחר עפ"י פרק זה.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
חוזר מס' 1-1-2009: סעיף 2.ב.: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים- התשס"ח, 2008 ("החוק"), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. (2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.					
פרק 2 – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
תרופות	התרופות הנכללות (ר') סעיף 1.1 לפרק התרופות): 1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות. 2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
	במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה על לטיפול במצבו הבריאותי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.1 לפוליסה. 3. תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL. 4. טיפול תרופתי בתרופת יתום. 5. טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND. תקרת הכיסוי: 1,509,456 ₪ למשך כל 3 שנות ביטוח. סכום ההשתתפות העצמית: 201 ₪ למרשם לחודש ועד 302 ₪ לכל המרשמים בחודש.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שירות/ טיפול נלווה למתן תרופה	עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 201 ₪ ליום ועד 45 ימים לכל מקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קצח תגמולים מביטוח אחר
פרק 3 – מסלול א' - ניתוחים בישראל – מסלול מהשקל הראשון					
כיסוי למנתח/מרדים בהסכם עם המבטח	לא תחול תקרת סכום שיפוי.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כיסוי למנתח/מרדים שאינו בהסכם עם המבטח	לפי הסכום שהיה משולם למנתח שבהסכם עם המבטח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים	על פי תעריפי המבטח לנותני השירות שבהסכם עם המבטח. אשפוז- עפ"י תעריף בחדר ב- 2-3 מיטות בב"ח ועד תקרה של 30 ימי אשפוז.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה	החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שתל/ים - אבזר מושתל	30,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שירות אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז	704 ₪ ליום אשפוז עבור שירותי אח/ות פרטי/ת, ועד 8 ימים לכל ניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פיזיותרפיה בעת אשפוז בעקבות ניתוח ולאחריו	600 ₪ ליום ועד 7 ימים לאחר הניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בי"ח בישראל	עד התעריף הרשמי הקיים אותה העת בשירותי מגן דוד אדום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות לפני ואחרי ניתוח עם המנתח	אחת לפני הניתוח ואחת אחרי הניתוח. עד לתקרת התשלום לרופא שבהסכם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות נוספת לפני ניתוח	2,264 ₪ , 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות לניתוח	לבדיקה ראשונה כיסוי מלא, תכוסה בדיקה פתולוגית נוספת במידת הצורך כחוות דעת שנייה ועד לתקרה של 1,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
תשלום בגין נכות תעסוקתית מוחלטת בשיעור של 75% לפחות במקרה של סיבוך מניתוח בישראל (לגילאים 21-67)	גמלה חודשית בסך של 3,019 ₪ עד 12 חודשים למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
מוות כתוצאה מניתוח בישראל	מוות בתוך 7 ימים מיום הניתוח האלקטיבי כתוצאה מביצועו. תשלום חד פעמי בגובה של 130,819 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
פיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS מניתוח	הידבקות כתוצאה מהניתוח והתגלה תוך 36 חודשים מהניתוח, 150,946 ₪ למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פיצוי בגין הידבקות בהפטיטיס B מניתוח	הידבקות כתוצאה מהניתוח והתגלה תוך 36 חודשים מהניתוח, 150,946 ₪ למקרה ביטוח.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
הוצאות החלמה (עד 60 ימים מתום האירוע)	500 ₪ ליום החלמה ועד 14 ימי החלמה בבית החלמה מוכר.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שיקום (עד 90 ימים מיום הניתוח)	בטיפולים המכוסים עפ"י סעיף זה, 180 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
מנוי למשרד קרדיולוגי	200 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול ע"י מקרופאג'ים	9,057 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פרק 3 – מסלול ב' - ניתוחים בישראל – מסלול משלים שב"ן

חוזר פיקוח מס' 6-1-2007: ס' 4:

- א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי כיסוי ביטוחי זה (ניתוחים בישראל- משלים שב"ן) מהווה ביטוח משלים אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, (ר' מסלול ניתוחים בישראל- מסלול מהשקל הראשון) שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה (התקרה המופיעה לאותו עניין במסלול ניתוחים בישראל- מסלול מהשקל הראשון).
- ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.
- ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- ד. למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר, מבין שני המועדים האמורים.

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוץ תגמולים מביטוח אחר
פרק 4 - ניתוחים בחו"ל					
תקרת השיפוי המירבית	החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרן מקרה הביטוח, במקרה שנותן השירות אינו בהסכם תקרת השיפוי המרבית תהיה 200% מעלות ביצוע הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שכר מנתח/מרדים	בהתאם לתקרת השיפוי המירבית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות ב"ח בחו"ל	בכפוף לרשימת ההוצאות המכוסות בס' זה.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות שהייה (לניתוחים המפורטים בסעיף זה)	סך של 650 ₪ ליום למבוטח ו- 650 ₪ למלווה. (אם המבוטח קטין סכום הביטוח המרבי לשהייה לא יעלה על 1,650 ₪ ליום לקטין ולשני מלווים).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
הטסה רפואית	25,000 ₪ להטסה אחת.	שיפוי	כן. ע"י רופא החברה	ביטוח תחליפי	כן
הוצאות הטסת גופה	בתנאי שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח, 50,315 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול	10,063 ₪ בעת שובו של המבוטח לישראל.	פיצוי	לא	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוזם תגמולים מביטוח אחר
שיפוי לאחר אשפוז ממושך (7 ימי אשפוז)	7,547 ₪ תקרה כוללת בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח, 20% השתתפות עצמית ובגין ההוצאות המפורטות להלן ותתי התקרות המכוסות לגבי כל סוג הוצאה: ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים פיזיותראפיים- עד 12 מפגשים, עד 151 ₪ למפגש.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק 5 - טיפולים מחליפי ניתוח					
תקרת השיפוי מרבי למקרה ביטוח	150,946 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיפוי בגין טיפול מחליף ניתוח בארץ ובחו"ל	לטיפול מחליף ניתוח בארץ – על פי תעריפי המבטח. לטיפול מחליף ניתוח בחו"ל - עד 200% מתעריפי המבטח ובכפוף לתקרת השיפוי המירבית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
פרק 6 - שירותים אמבולטוריים					
בדיקות ושירותים להריון (בכפוף לרשימת הבדיקות בפרק זה)	4,000 ₪ להריון ו- 5,500 ₪ להריון רב-עוברי, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
התייעצות עם רופא מומחה	805 ₪ להתייעצות. 4 התייעצויות לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות אבחנתיות	4,000 ₪ לשנת ביטוח, עבור MRI תקרת השיפוי תהא 4,000 ₪ לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוזם תגמולים מביטוח אחר
טיפול פזיותרפיה/ הידרותרפיה	עד 2,000 ₪ לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול פזיותרפיה	10,063 ₪ לסדרת טיפולים למשך כל שלוש שנות ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפולים רדיותרפיים/ כימותרפיים	30,000 ₪ לשנת ביטוח, 100,000 ₪ לכל תקופת הביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- AMBLYOPIA	200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למבוטח בשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
טיפול בבעיות התפתחות הילד (לילדים בני 3-15)	לטיפולים המכוסים בס' זה, 2,013 ₪ לשנת ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים	באמצעות מעבדות "oncotest", 7,500 ₪ למקרה ביטוח, 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
תרומת ביצית בחו"ל	8,000 ₪ לתרומת ביצית, ועד 2 תרומות בכל תקופת הביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים	למחלות המכוסות בס' זה, 2,500 ₪ לאבחון, 25% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה	500 ₪ ליום אשפוז, כיסוי מהיום הרביעי עד היום ה-21 ימים בסה"כ.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל	4,528 ₪ לחו"ד אחת ולמקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
כתבי שירות					
	תקרת כיסוי	סכום השתתפות עצמית			
רופא עד הבית	ביקור בית ע"י רופא שבהסכם.	25 ₪			
רפואה משלימה	מנוי יהא זכאי לקבלת 16 טיפולי רפואה משלימה בשנת ביטוח ועד 20 טיפולים למשפחה בשנת ביטוח. עפ"י אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	20% ממחירן מרפאות ההסדר של נותן השירות.			
ייעוץ פסיכולוגי	מנוי יהא זכאי לקבלת 12 מפגשים עם פסיכולוג שבהסדר	2 פגישות ראשונות – 80 ₪ לפגישה. 10 פגישות נוספות – 160 ₪ לפגישה. פגישות המשך נוספות – 240 ₪ לפגישה.			
חירום שיניים	שירותי עזרה ראשונה אצל רופאי שיניים שבהסדר לפי רשימת טיפולים, במרפאות בירושלים, חיפה, תל אביב ובאר שבע.	ללא השתתפות עצמית.			

ביטוח נכות תעסוקתית מניתוח (פרק ניתוחים ישראל):

א	ב
סעיפים לפירוט	דברי הסבר
קיום כיסוי לזמן המילואים ו/או עקב פעולת טרור	לא (סעיף 9.13 לתנאי הכלליים)
שחרור מתשלום פרמיה	אין
קיצוז או השתתפות בתשלומי הביטוח	ללא
פיצוי אכ"ע חלקי	יצוין "כן/לא" אופציונלי לבחירת המבוטח. בתום תהליך ההצטרפות תובהר האופציה שנרכשה.
קביעת נכות צמיתה	לאחר תקופה העולה על 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח ובשיעור מעל 75%
אופן קביעת אחוז הנכות	הגורם הקובע את הנכות- רופא תעסוקתי

תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין. הסכומים הנקובים בגילוי הנאות צמודים למדד הנקוב בפוליסה. בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים: (1) ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון). (2) ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן. (3) ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון. יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

הפרמיות וסכומי הביטוח הנקובים בגילוי הנאות נכונים ליום הוצאת הפוליסה בלבד ויתעדכנו בהתאם למדד הפוליסה ("מדד").

בכל מקרה של סתירה בין המצוין בגילוי הנאות לבין תנאי הפוליסה, יגברו תנאי הפוליסה.

ביטוח בריאות קבוצתי לחברי ארגון סגל ההוראה בטכניון ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1.

מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה.

בכל האמור בהסכם זה מילים האמורות בלשון זכר משמען גם נקבה ומילים הבאות בלשון נקבה משמען גם זכר.

2.

הגדרות:

2.1

הפוליסה: חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין ארגון סגל ההוראה בטכניון וכל נספח או תוספת, לרבות כתב שירות, המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:

רובד בסיס:

פרק 1- השתלות איברים בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

רובד הרחבה:

פרק 3- ניתוחים:

מסלול א'- ניתוחים פרטיים בישראל- כיסוי מהשקל הראשון.
או מסלול ב'- כיסוי ביטוחי משלים שב"ן לניתוחים

פרק 4 - טיפולים מחליפי ניתוח

פרק 5 - ניתוחים בחו"ל

פרק 6 - שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי

כתבי שירות - רופא עד הבית, יעוץ פסיכולוגי, רפואה משלימה, חירום שניניים

2.2

המבטח: הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" / "המבטח")

2.3

בעל הפוליסה: ארגון סגל ההוראה בטכניון

2.4

המבוטח: חברי בעל הפוליסה ובני משפחתם כמפורט להלן:

2.5

מבוטח קיים: מבוטח שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.6

חבר קיים: חבר אצל בעל הפוליסה במועד הקובע, שאינו מבוטח בפוליסה ואשר שמו יופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו

ייעשה בהתאם לתנאיה.

- 2.7 **חבר חדש:** חבר חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה חבר אצל בעל הפוליסה במועד הקובע ואשר שמו יופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבוטח מרשימת המבוטחים מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מרשימת המבוטחים והכל בתנאי שצירופו יעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטח טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שבוצע הניכוי באמצעות שכרו.
- 2.8 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבוטח במועד הקובע וחבר אצל בעל הפוליסה מכח ההסכם הקודם ו/או מי שהיה מבוטח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו, או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 2.9 **חבר:** חבר קיים או חדש, כהגדרתם לעיל.
- 2.10 **ילד:** ילד של חבר המבוטח או של בן/בת זוגו של חבר המבוטח אשר טרם מלאו לו 25, כולל ילד מאומץ בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- מכל מקום, חבר/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/ להם 25 שנה.**
- 2.11 **ילד בוגר:** ילד של חבר המבוטח או ילד של בן/בת זוג של חבר המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- מכל מקום, חבר/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדרו/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/ להם 25 שנה.**
- 2.12 **תינוק:** ילד שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר שניהם מבוטחים במסגרת פוליסה זו (למעט משפחה חד הורית) במשך 6 חודשים לפחות טרם מועד לידתו, יהיה מבוטח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.
- 2.13 **בן זוג:** בן/בת זוג של חבר, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר החבר בכתב בדבר היותו ידוע בציבור) כולל בן/בת זוג מאותו המין (בכפוף לתצהיר בדבר היות בן/בת הזוג – בן זוג), בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.
- 2.14 **בן משפחה:** בן זוג של חבר מבוטח או ילד של חבר מבוטח.
- 2.15 **כיסוי ביטוחי קיים/הסכם ביטוחי קודם:** הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה עד ליום 30.11.2015 שתוקפה פג ביום היכנס פוליסה זו לתוקף.

- 2.16 **כיסוי ביטוחי חדש:** הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו. 2.16
- 2.17 **דף הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת הביטוח, המבוטחים בפוליסה, שיעור הפרמיה וכו"ב). 2.17
- 2.18 **מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבוטחים קיימים - המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים - מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו, או תאריך חידוש פוליסה זו, אם בוטלה, לפי המאוחר מביניהם. 2.18
- 2.19 **המועד הקובע:** 1.12.2015 2.19
- 2.20 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח כאמור בדף הרשימה. 2.20
- 2.21 **תקופת אכשרה:** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין. 2.21
- 2.22 **תקופת המתנה:** תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבוטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק. 2.22
- 2.23 **סכום הביטוח:** הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין. 2.23
- 2.24 **מדד:** מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה. 2.24
- 2.25 **המדד היסודי:** המדד שפורסם ביום 15.11.2015 12292 נק' 2.25
- 2.26 **הפרמיה:** דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה. 2.26
- 2.27 **דולר:** דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל. 2.27
- 2.28 **גיל/גיל ביטוחי:** גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה. 2.28
- 2.29 **תאריך לידה:** תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו. 2.29

- 2.30 **חוק חוזה הביטוח** : חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 **ישראל** : מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.32 **חו"ל** : כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.33 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.34 **השתתפות עצמית** : חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבוטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.
- הגדרות ומינוחים רפואיים**
- 2.35 **בית חולים ציבורי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 2.36 **בית חולים פרטי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדן, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.
- 2.37 **בית חולים שבהסכם** : מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.38 **אשפוז** : שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.
- 2.39 **יום אשפוז** : אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.40 **רופא מנתח** : רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח.
- 2.41 **רופא מרדים** : רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.42 **מנתח/מרדים שבהסכם** : מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל שירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- מנתח/מרדים אחר** : מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום שירות ולא באמצעות החברה.

- 2.43 **נותן שירותים שבהסכם:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.
- נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.44 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או מניעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראית אבריים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ע"י גלי קול.
- 2.45 **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים). **במקרה שההפניה לניתוח הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48 שעות ומעלה ממועד הכניסה לידר המיון – ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.**
- 2.46 **ניתוח חירום:** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבטח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
- 2.47 **ניתוח גדול:** ניתוח הכולל ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבטח שהה באשפוז לפחות 10 ימים לאחר הניתוח.
- 2.48 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד תחילת הביטוח המקורי של אותו המבטח.
- 2.49 **סייג של מצב רפואי קודם:** סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.50 **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי. קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.
- 2.51 **שירותי בריאות נוספים (שב"נ):** תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.52 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 2.53 **סל הבריאות הממלכתי:** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח

מחייבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.

2.54 **בית מרקחת** : מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

2.55 **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.

2.56 **מרשם** : מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**

2.57 **רופא מומחה** : רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

2.58 **טיפול** : נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.

2.59 **תרופת יתום/ תרופה למחלה יתומה**
תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:

א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הברית.

ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין צפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירות התרופה בארה"ב לבדה.

ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי.

ד. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה- FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים יתומים Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) מטעם ה- EMEA לגבי מדינות האיחוד האירופאי.

2.60 **תרופה לטיפול IND (Investigational New Drug)**
תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה כשאין תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבטח במסגרת ניסוי קליני, והרשות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND.

2.61 **שתל**: כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק השתלות בפוליסה).

3.

הצהרת בעל הפוליסה:

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

4.

אופן הצטרפות לביטוח:

4.1

מבוטחים קיימים

מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקיימת לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות אכשרה אלא ברצף ביטוחי מלא .
מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.

4.2

מבוטחים חדשים

החל מהמועד הקובע מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:
(1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
(2) היום בו ננקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
(3) הראשון בחדש לחדש העוקב למועד בו הסכימה החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זו;
(4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה;

4.3

מוטלת על מבוטח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:
(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;
לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

4.4

סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "**שמירה על רצף ביטוחי**" – שמירת הרצף בלא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

4.5

מבוטח חוזר

מבוטח חוזר יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

חברים חדשים

חבר חדש יצטרף לביטוח אצל בעל הפוליסה, החל ממועד תחילת זכאותו על פי בעל הפוליסה, לאחר אישורו בכתב להצטרפות לפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי, ללא תקופת אכשרה ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם, וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 120 הימים הראשונים לאחר מועד תחילת זכאותו על פי בעל הפוליסה.

לאחר 120 יום ממועד זכאותו על פי דווח בעל הפוליסה, תותנה הצטרפותו לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

חברים קיימים

חבר קיים, אשר לא היה מבטח בהסכם הביטוח הקודם, יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות לביטוח הכולל הצהרת בריאות, אשר תקבע את תנאי הקבלה/דחייה לביטוח.

הצטרפות בני המשפחה – הצטרפות בני המשפחה לביטוח (רובד בסיס והרחבה) היא בהתאמה לתנאי ההצטרפות של החבר.

תינוק שנולד

תינוק שייוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרתו לעיל, ויצורף לביטוח תוך 180 יום מיום לידתו, יהא מבטח באותו הכיסוי בו היו הוריו מבטחים (או הורה אחד מבטח במשפחה חד הורית) וזאת ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובכפוף למצב רפואי קודם. לאחר 180 יום מיום היוולדו תותנה הצטרפותו במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

בן/בת זוג שנישא

בן זוג חדש יוכל להצטרף לפוליסת הבריאות ללא הצהרת בריאות וחיתום בכפוף לחריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, במידה וצורך בתוך 120 יום מיום הנישואין, לאחר מועד זה, ההצטרפות תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

רצף ביטוחי בתקופה ללא הצהרת בריאות

מבוטח שהיה מבטח בפוליסה לביטוח בריאות פרטית או קבוצתית או בהסכם קבוצתי קודם כהגדרתו לעיל, וזו היתה בתוקף ערב המועד הקובע, ויעבור לביטוח לפי הסכם זה, בתקופה שבה אינו נדרש למלא הצהרת בריאות, יהא זכאי לרצף ביטוחי מלא, רצף ביטוחי מלא משמעו העדר מניין מחדש של תקופות אכשרה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות להסכם זה. רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויים וסכומים שהיו קיימים בביטוח הקודם וקיימים גם בהסכם זה. החרגות באם היו קיימות, ימשיכו לחול גם בפוליסה זו.

יובהר, כי למרות האמור לעיל, במשך 30 יום החל ממועד אשר ייקבע ע"י בעל הפוליסה והמבטח, יוכלו חברים בעלי פוליסה פרטית או קבוצתית אחרת, לעבור לפוליסה זו ברצף ביטוחי, בכפוף להגשת מסמכים המעידים על תוקף פוליסה ותשלום פרמיה. רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויים וסכומים שהיו קיימים בביטוח הקודם וקיימים גם בהסכם זה. והחרגות באם היו קיימות, ימשיכו לחול גם בפוליסה זו.

מתן מסמכים למבוטח:

5.

5.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוזר עליהם המפקח על הביטוח; בתקנה זו, "**חידוש ביטוח**" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

5.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

מתן הודעות למבוטח:

6.

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש הפוליסה או במהלך תקופת הביטוח (להלן: "**מועד תחילת השינוי**"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; **לעניין זה -**
"**שינוי פרמיה**" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בפרמיה בשל הצמדתה למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

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

6.2 חלה על מבוטח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

תקופת הביטוח:

7.

7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ- 1.12.2015 (המועד הקובע) ועד ליום 30.11.2020

7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי

לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.

- 7.3 הווארכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.
- 7.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם להוראות 17 לפוליסה.
- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:** חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה, בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 8.1.5 **העדר זיקה לבעל הפוליסה:** אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:
- סיום יחסי עבודה:** ביטול חבר את חברותו אצל בעל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו הופסקה חברותו של החבר אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי הביטוח בגין אותו חודש.
- גירושין או פטירה (חו"ח):** התגרש חבר/ה אצל בעל הפוליסה, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

8.2 **תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הסתיימה או בוטל הביטוח.**

8.3 **בוטל/הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו חבר אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.**

8.4 **המשכיות**

תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5, יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "פוליסת פרט"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם לתנאים הבאים:

8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבוטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).

8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים) מחדש ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים החופפים.

8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).

8.4.5 תינתן הנחה בשיעור של 30% מתעריפי פוליסת בריאות פרט לארבע שנים, כפי שיהיו נהוגים באותה העת.

9. **סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה:**
החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

9.1 **מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.**

9.2 **ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.**

- 9.3 ניתוחים עיניים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי, שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינו הרופא המבצע את הניתוח. יובהר כי ניתוחים להסרת משקפיים מסיבה קוסמטית לא יכוסו.
- 9.4 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל למעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי, שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום בדרגת מנהל מחלקה או סגנו ושאינו הרופא המבצע את הניתוח, ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ- 38 וסובל מיתר לחץ דם ו/או סכרת ו/או שומנים בדם.
- 9.5 לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי והפסקת הריון מסיבות רפואיות.
- 9.6 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או קשורים ו/או נובעים מאידס ו/או נובעים מהווירוס המחולל איידס, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרקים רלוונטיים.
- 9.7 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.
- 9.8 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 9.9 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה.
- 9.10 פעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, פעולה בלתי חוקית. סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפלת"ד.
- 9.11 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה.
- 9.12 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ו/או ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית.
- 10. תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:**
- 10.1 **סייג בשל מצב רפואי קיים:**
החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 10.2 **תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:**
סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:
10.2.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת

מתחילת תקופת הביטוח.

10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

10.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:
סייג לחבות המבוטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

10.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:
סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבוטח על מצב בריאותו הקודם, והמבוטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

11. תשלום תגמולי הביטוח:

11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך סיבה שהיא.

11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

11.3 חובת מסירת מסמכים מקוריים: במקרה של תשלום תגמולי ביטוח נותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות. למרות האמור לעיל, אם המבוטח חויב למסור את המסמכים המקוריים גם לגורם אחר או אם מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג את המסמכים המקוריים, על המבוטח להציג העתק מאושר של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

11.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

11.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג ביום ביצוע התשלום.

11.6 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

- 11.7 המבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.
- 11.8 **תחלוף (סברוגציה):**
הייתה למבטוח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, **שלא מכוח חוזה ביטוח**, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבטוח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבטוח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבטוח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבטוח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.
- 12. כפל ביטוח:**
- 12.1 המבטח יהיה אחראי, לחדד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- 12.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבטוח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.
- 12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.
- 13. התביעה וניהולה:**
- 13.1 **חובת הודעה על מקרה הביטוח:** המבטוח יודיע לחברה על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לה לברר את חבותה ולטפל בתביעה. לא קויימה חובת ההודעה, וקויימה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה: (1) החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות; (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור. (ב) עשה המבטוח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 13.2 **אישור מוקדם של המבטח להוצאות רפואיות: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו.** בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצויין כי על המבטוח לפנות למבטח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבטוח למבטח

לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש.

13.3 **מסירת מסמכי התביעה:** המבטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל, ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם. לשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית, ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבטח.

13.4 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבטח.

13.5 **בדיקה רפואית :** אם ידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 20 ימים במקרים דחופים.

13.6 אישור תביעה יעשה תוך 30 ימים. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 20 ימים ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותה. **במקרי דחיפות מיוחדת ייתן אישור מידי על ידי חברת הביטוח בכפוף להחתמת המבטח על הסכמתו לבדיקת זכאותו, לאחר אישור מקרה הביטוח והתחייבותו האישית לביצוע החזר כספי ומתן ערבויות מתאימות, אם ימצא כי לא עמד בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.**

13.7 החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח תוך 30 ימי עבודה מיום מסירת כל המידע והמסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים לה לברור חבותה.

13.8 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדמים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.

13.9 **בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל :** אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

13.9.1 תיתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבטח עצמו.

13.9.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד

קבלות מקוריות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

13.9.3 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשולם בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה והעברת כספים לחו"ל.

13.10 הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:

כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם. מבוטח ששהה בחו"ל וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה**, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

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

14. דמי הביטוח (הפרמיה):

14.1 פירוט דמי הביטוח

הפרמיה החדושית עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין החברה, בכפוף לאמור בדף הרשימה המצורף לפוליסה זו. הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.2 פירוט הסדרי תשלום

דמי הביטוח עבור רובד הבסיס עבור חברי הארגון, ישולמו למבטח ע"י בעל הפוליסה.

העברת דמי הביטוח תתבצע באמצעות העברה בנקאית עד ה- 15 בכל חודש בגין החודש הקודם.

דמי הביטוח עבור רובד הרחבה לחבר ודמי הביטוח עבור בני משפחתו של החבר המבוטח ייגבו מאת החבר באמצעי גביה אישי.

מובהר כי חברים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או חל"ת, המבוטח ישלם עבור תקופה זו באמצעי גביה אישי.

יובהר כי על מבוטח/ת בחל"ד לעדכן את בעל הפוליסה בעניין זה, לשם הסדרת התשלום ו/או צירוף תינוק שנולד.

מוסכם כי אם תיפול טעות ושם או שמות מבוטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל, הם יוספו אליה לאחר ברור ותשלום דמי הביטוח בהתאם, אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד. מבוטחים כנ"ל ייהנו ממלוא הזכויות שעל פי תנאי פוליסה או שישולמו מיד עם חזרת החבר/ה לעבודה רטרואקטיבית עבור כל החל"ת.

ילד בוגר

הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת ההסכם לגיל 25 שנה, ימשיך הביטוח בגינו בכפוף לתשלום דמי ביטוח כמפורט בדף הרשימה.

14.3 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

14.4 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישונו.

14.5 **התאמת פרמיה:** בתום 30 חודשים מהמועד הקובע (1.12.2015) ובתום בכל 30 חודשים ממועד ההתאמה יהא רשאי המבטח להתאים את גובה הפרמיה כמוסכם עם בעל הפוליסה.

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

16. חובת גילוי:

16.1 **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבוטח.**

16.2 ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

16.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה 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, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה: (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה; (2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

16.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה: (1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

17.

חקיקה:

על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

18.

מיסים והיטלים:

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

19.

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

20.

הודעות:

כתובת הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:
ארגון סגל ההוראה בטכניון
כתובת: קרית הטכניון חיפה 32000
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
כתובת: דרך השלום 53 גבעתיים.

כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על ידי הנמען תוך 72 שעות
מעת מסירת המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב הופקד בדואר

פרק 1 – השתלות ו/או טיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1.

הגדרות לפרק זה:

בפרק זה יתפרשו המונחים הבאים כמפורט להלן:

"השתלה" 1.1

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, ללא הוצאת איבר מגוף המבוטח, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר או מהמבוטח

1.1.2 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.3 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים במקומם בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיונות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי/ במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

1.1.4 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:

1.1.4.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.

1.1.4.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.

1.1.4.3 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח מראש אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

(2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

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

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

1.2

"טיפול מיוחד בחו"ל" – ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

1.2.1 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.

1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. **"טיפול/ניתוח חלופי"** – טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.

1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת סכנה לחיי המבוטח.

1.2.4 ביצוע הטיפול בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו של הטיפול מהווה סכנה ממשית לחייו.

בנוסף, הטיפול המיוחד בחו"ל מותנה כי הצורך בביצועו של הטיפול המיוחד בחו"ל והתנאים המפורטים מעלה (לפחות אחד) מתקיימים על פי אישורו של רופא, מטעם המבוטח, שהינו מומחה בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל ועל פי אישורו של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. **מובהר כי אבזרים ו/או תרופות אינם נכללים בכיסוי זה.**

1.3

"טיפול חלופי" – טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל, ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בסיכון גבוה יותר לתוצאות חמורות יותר למטופל.

.2

מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו ביצוע השתלה ו/או ניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.

לעניין פוליסה זו מצב רפואי מחייב השתלה/ ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל משמע הפנייה לביצוע או המלצה מתועדת על הצורך בניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל או השתלה.

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

.3

סכום הביטוח:

3.1

סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה/ השתלות – ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של 5,031,519 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו הקבועות שם

ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מביניהם.

3.2 **להשתלות איברים שנקחו מבעלי חיים** - עד לסך של 2,515,759 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה.

3.3 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל** : עד לסכום של 805,043 ₪.

3.3 **פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי :**

3.3.1 במקרה של ביצוע הניתוח /הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכח פרק השתלות זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 50,000 ₪.

3.3.2 במקרה של ביצוע הניתוח /הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 25,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבוטח.

3 **למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול/ניתוח שבוצע בארץ.**

שיפוי להוצאות השתלה: 4.

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:

4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.

יובהר כי לא יינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח .

4.2 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 270 יום לאחר ביצועם.

4.3 במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

4.4 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 150,946 ₪ .

4.5 הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 100,630 ₪ להשתלה או לניתוח ו/או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.6 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבטוח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבטוח הוא קטין.

4.7 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 100,630 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.

4.8 הוצאות שהייה בחו"ל למבטוח ולמלווה אחד עד לסכום של 1,006 ₪ ליחיד או 1,208 ₪ לשניים, לכל יום שהייה. תקרת ההוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 201,261 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.

במקרה שהמבטוח שעובר את ההשתלה או את הטיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, הנו קטין, יכוסו הוצאות שהייה בגין הקטין ושני מלווי בסך של עד 1,610 ₪ לכל יום שהייה ועד לתקרה מקסימאלית של 201,261 ₪.

4.9 הוצאות הטסת גופת המבטוח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.

4.10 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה או ניתוח ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבטוח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 80,504 ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות הניתוח או הוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.

4.11 המבטוח יפצה את המבטוח בגמלה חודשית בעבור השתלה. אשר בוצעה בחו"ל (למעט השתלת מח עצם עצמית) בסכום של 5,032 ₪ או 3,019 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות, אשר תשולם למבטוח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים (להלן: "**תקופת התשלום**").

הגמלה החודשית תשולם למבטוח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. במקרה מות המבטוח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבטוח.

במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופת תשלום הגמלה, לא תשולם גמלה נוספת.

4.12 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו, או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח אם תישא בהן החברה, והכול בכפוף לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3 לעיל.

4.13 כל סכומי הביטוח צמודים למדד היסודי על פי פרק התנאים הכלליים לפוליסה זו.

תשלום תגמולי הביטוח:

5. לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:

- 5.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 5.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.
- 5.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות. אם ידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.
- 5.4 סכומים הנקובים במטבע זר המבטח רשאי לשלם בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח במערכת המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה:

- 6.1 **פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח:**
במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 271,702 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה. **למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.**
- 6.2 **פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה:**
ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 250,000 ₪, בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בהשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר. **מימוש המבוטח את זכאותו לקבלת הפיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לקבל כל שיפוי או פיצוי או גמלה על פי פרק זה בגין ההשתלה או בקשר אליה. פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית, למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין ההשתלה.**

7. תקופת אכשרה: 60 יום.

8. **סייגים לאחריות המבטח:**
בנוסף לסייגים בתנאים הכלליים בפוליסה, המבטח יהיה פטור מחבותו על פי נספח זה בגין הטיפולים המפורטים להלן:

- 8.1 טיפולים רפואיים שאינם טיפולים רפואיים קונבנציונאליים, לרבות טיפולים הומיאופתיים.
- 8.2 טיפולים רפואיים ו/או טכנולוגיות רפואיות, הניתנים במסגרת ניסיונית או מחקרית ואשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות כדוגמת משרד הבריאות, FDA, EMEA וכדומה, כטיפולים יעילים לטיפול במחלתו של

המבוטח, במועד מתן הטיפול.

8.3 טיפולים בעקרות, אי פוריות, היריון ו/או לידה.

8.4 בדיקות גנטיות לאיתור סרטן ו/או איפיון של תהליכים ממאירים.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

פרק 2 – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1.

הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

מקרה הביטוח:

1.1

נטילת תרופה של המבוטח, אשר מצבו הרפואי מצריך טיפול תרופתי עקב מחלה בה חלה המבוטח ואשר מחייבת טיפול תרופתי מתועד באמצעות אחת מאלה:

1.1.1

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

1.1.2

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

1.1.3

תרופה אונקולוגית והמטו- אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL

תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

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

- א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation)
נמצאת בקבוצה I או II a
ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence)
בקטגוריה A או B
ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
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

- 1.1.4 **טיפול תרופתי בתרופת יתום.**
- 1.1.5 **טיפול תרופתי בתרופה לטיפול IND**
- 1.1.6 **תרופה אשר מכוסה בסעיפים 1.1.1-1.1.3 לעיל גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.**
- 1.2 **תקופת התגמול -** תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.
- 1.3 **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי -** גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר -** הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשטנה מעת לעת ובכפוף לסעיף 4.1 להלן.

2. **הכיסוי הביטוחי:**

החברה תספק למבוטח את התרופה או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המצטברים כמפורט להלן:

- 2.1 **המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. בהעדר אישור מוקדם של החברה (המבטח) לרכישת התקופה- אנא ראה הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים.**
- 2.2 **החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות (בהעדר קבלות מקוריות- אנא ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים), ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.**
- 2.3 **חובת החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק בגין הוצאות שהוצאו בפועל.**

2.4 **השתתפות עצמית** - בנוסף לאמור בסעיף 2.3 לעיל, תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 201 ₪ למרשם ולא יותר מ - 302 ₪ לכל המרשמים לחודש.

2.5 **תקרת כסוי** - סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה בסך 1,509,456 ₪ המתחדש כל שלוש שנות ביטוח.

2.6 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 201 ₪ ליום ועד 45 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.

2.7 הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

3. **הוצאות מוכרות:**

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

4. **הגבלות נוספות לאחריות החברה:**

בנוסף ומבלי לגרוע מהסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה, החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

4.1 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, יקבע סכום השיפוי המרבי לתרופה, על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב.
במידה שלתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.

4.2 בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:

4.2.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת.

4.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים ו/או לדיאטה/ גמילה מעישון.

4.2.3 תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.

4.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.

- 4.2.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.
- 4.2.6 מקרה הביטוח הנובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.
- 4.2.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.
- 4.2.8 הוצאה מוכרת שהוצאה בחו"ל ו/או לאחר תום תקופת הביטוח.

תקופת האכשרה: 60 יום.

5.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קיים.

הגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות

פרק 3 מסלול א' – ניתוחים בישראל מסלול מהשקל הראשון

1.

הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1

"ניתוח" – ר' הגדרת "ניתוח" בתנאים הכלליים לפוליסה זו. **כמו כן, יובהר, כי הכיסוי ל"ניתוח" על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/ הזרקה והזלפות, אלא אם כן צויין אחרת במסגרת פרק זה מפורשות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו- M.R.I אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.**

1.2

"יום אשפוז" – יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

2.

מקרה ביטוח:

ביצוע ניתוח במבוטח בתקופת הביטוח.

3.

אישור החברה לתגמולי הביטוח טרום ההוצאה:

על החברה לאשר את תשלום תגמולי ביטוח מראש למבוטח. בהעדר אישור מראש – ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים בפוליסה. מכל מקום החברה תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח, ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.

4.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4.4 להלן (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

4.1

החברה תשלם ישירות לנותן השרות, או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.

4.2

החברה תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות (בהיעדר קבלות מקוריות – ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לפוליסה).

4.3

בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.

4.4

להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

4.4.1.1 4.4.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.

4.4.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו

בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח/מרדים שבהסכם עם המבטח.

4.4.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ביטוח:
החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח, או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם. הוצאות חדר הניתוח מנותני שירותים שלא בהסכם יהיו בהתאם ללוח התגמולים המפורט באתר המבטח (www.fnx.co.il) לאותו ניתוח.
כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח שבהסכם, ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.

4.4.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:
החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות (בהעדר קבלות מקוריות-ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו).

4.4.4 שטל - אבזור מושטל:
בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושטל במבוטח שטל, תשתתף החברה בעלות השטל הנ"ל עד לסך של 30,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.4.5 שירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז:
שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז עד לסכום של 704 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח (בהעדר קבלות מקוריות-ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים) או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית, ובלבד שביצוע השמירה הפרטית לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

4.4.6 פציונרפיה בעת האשפוז, בעקבות הניתוח ולאחריו: עד 600 ₪ ליום ועד 7 ימים לניתוח.

4.4.7 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:
החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

4.4.8 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:
החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח אשר ביצע בפועל את הניתוח.

4.4.9 התייעצות נוספת לפני ניתוח:
החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח אצל רופא

מומחה בתחום הרלוונטי, מנהל או סגן מנהל מחלקה/יחידה, כפי שיקבע על ידי המבטח, בשאלת הצורך בניתוח, עד 2,264 ש, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.4.10

הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות:

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות. בנוסף תכסה החברה בדיקה פתולוגית נוספת במידת הצורך כחוות דעת שנייה ועד לתקרה של 1,000 ש.

4.4.11

תשלום במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת (בשיעור של 75% לפחות) במקרה של סיבוכי ניתוח בישראל:

4.4.11.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,019 ש במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת, הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67 בעת קרות מקרה הביטוח לראשונה.

הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.

4.4.11.2

המבוטח יחשב כבעל נכות תעסוקתית מוחלטת לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה, אם עקב הניתוח נשלל ממנו **בשיעור של 75% לפחות** הכושר להמשיך במקצועו, או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח, או בעיסוק אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, כפי שיקבע על ידי רופא תעסוקתי, וזאת מקום בו הכושר כאמור נשלל מהמבוטח **לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח** (להלן: "**תקופת המתנה**").

עקר/ת בית תחשב במצב של נכות תעסוקתית מוחלטת כאמור לעיל, אם עקב ביצוע הניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, נשללה ממנו/ממנה באופן מלא האפשרות לבצע את עבודות הבית שביצע/ה לפני קרות מקרה הביטוח.

הפסקת עבודה (כולל מצב של מובטל/ת) אם למבוטח לא היה כל עיסוק ו/או מקצוע בעת קרות מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי הביטוח לנכות תעסוקתית מוחלטת רק אם נשלל מהמבוטח הכושר לעסוק בכל עיסוק שהוא. למרות האמור לעיל, אם המבוטח הפסיק את עיסוקו עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח ולא היה ולא עסק בעיסוק כלשהו בעת קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה תגמולי ביטוח בהתאם לעיסוקו האחרון במועד הפסקת העבודה.

4.4.11.3

הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת ההמתנה, **לתקופה מרבית של 12 חודשים**.
בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי לו זכאי המבוטח, על 75% משכרו החודשי הממוצע ב - 12

החודשים שקדמו לניתוח, להוציא במקרה של מובטל (לא כולל הפסקת עבודה עד 3 חודשים טרום מקרה הביטוח).

4.4.11.4 אם המבטוח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.

4.4.11.5 במידה שהמבטוח חוזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל – החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו, ובנוסף לפעול לגביית הסכומים, אשר שולמו למבטוח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבטוח ו/או בעל הפוליסה.

4.4.11.6 במקרה של נכות תעסוקתית חוזרת בגין אותו מקרה ביטוח, המבטוח יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת להשלמת החודשים עד מיצוי של 12 חודשים למקרה ביטוח כאמור בסעיף 4.4.11.3 לעיל.

פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח בישראל :

4.4.12 נפטר המבטוח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה לירשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 130,819 ₪. לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

פיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:

4.4.13 מבטוח אשר כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח בגופו של המבטוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 150,946 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבטוח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף האיידס בטרם תחילת הביטוח.

פיצוי בגין הידבקות ב- הפטיטיס B:

4.4.14 מבטוח אשר כתוצאה מביצוע הניתוח בגופו של המבטוח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, נדבק בנגיף הפטיטיס B, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 150,946 ₪, וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח, והמבטוח לא היה נשא נגיף הפטיטיס B בטרם תחילת הביטוח.

הוצאות החלמה:

4.9.15 בוצע במבטוח ניתוח לב או מח או גב או השתלה של לב, ריאה, לב, ריאה, לבלב, כליה ולבלב או כבד אירוע לב או ניתוח בעמוד השדרה או ניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבטוח מאושפז למעלה מ- 5 ימים, תשתתף החברה בהוצאות ההחלמה – עד 500 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי החלמה בבית

החלמה מוכר בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשהייה נעשתה עד 60 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

הוצאות שיקום לאחר ניתוח: 4.9.16

כ"שיקום" ייחשבו הטיפולים המנויים כדלהלן: ריפוי בעיסוק, שיקום נוירולוגי, פיזיותרפיה, הידרותרפיה, התעמלות שיקומית, שיקום דיבור, השיפוי כנגד קבלות ו/או חשבונות במקרה קבלת חלק מההוצאות ע"י השב"ן. הוצאות השיקום יינתנו בתנאי שהצורך בשיקום נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשיקום יתבצע במהלך 90 ימים ממועד הניתוח ועד 16 טיפולים במקרה ביטוח ולא יותר מ-180 ש' לטיפול .

השתתפות במנוי למשדר קרדיולוגי: 4.9.17

לאחר התקף לב ו/או ניתוח לב מכל סוג יהיה רשאי המבוטח לקבל השתתפות במנוי כנ"ל עד לסך 200 ש' לחודש ועד 24 חודשים.

טיפול ע"י מקרופאג'ים : 4.9.18

טיפול ע"י מקרופאג'ים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת, כיסוי בעת השהייה בבית החולים ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך 9,057 ש' למקרה ביטוח.

5. תקופת האכשרה – 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה תקופת האכשרה תהיה בת 180 יום.

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק 3 מסלול ב' – ניתוחים בישראל מסלול משלים שב"ן

פרק זה מיועד למבוטחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד. הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. **דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין מסלול בעל כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (מסלול אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).**

הגדרות:

1.

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1

"ניתוח" – ר' הגדרת "ניתוח" בתנאים הכלליים לפוליסה זו. כמו כן, יובהר, כי הכיסוי ל"ניתוח" על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/ הזרקה והזלפות, אלא אם כן בפרק זה אחרת מפורשות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו- M.R.I. אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.

1.2

"יום אשפוז" – יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

1.3

"כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון" – כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות למבוטח מהשב"ן.

1.4

כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" – תוכנית ביטוח המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, והנותנת כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן לבין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בכפוף לתגמולי הביטוח, להם זכאי המבוטח על-פי פרק זה.

1.5

"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן" – מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:

1.5.1

מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

1.5.2

המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.

1.6

תקופת אכשרה בשב"ן – תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.

1.7

"אישור רשמי מקופת החולים" – אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל

קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

2.

מקרה ביטוח:

ביצוע ניתוח במבוטח בתקופת הביטוח.

3.

אישור החברה לתגמולי הביטוח טרום ההוצאה:

על החברה לאשר את תשלום תגמולי ביטוח מראש למבוטח. בהעדר אישור מראש – ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים בפוליסה. מכל מקום החברה תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח, ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.

4.

תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4.9 להלן (להלן: "ההוצאות המוכרות") לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

4.1

המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן. אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תנאי הפוליסה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח לניתוח לפני ביצועו.

4.2

לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את הניתוח, ישלם המבטח למבוטח את הפרש שבין סך כל ההוצאות בפועל, לבין החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.

החזר בגין השתתפות עצמית לשב"ן

מבוטח אשר עבר ניתוח שהוצאותיו כוסו במלואן או בחלקן ע"י השב"ן/קופ"ח (טופס 17) ושילם השתתפות עצמית: בגין תשלום עבור השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח לשב"ן, ישפה המבטח את המבוטח במלא התשלום בכפוף להצגת חשבונית מקורית וסיכום ניתוח (בהעדר חשבונית מקורית- ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לפוליסה זו).

4.3

תקרת תגמולי הביטוח על פי פרק זה יהיו עד לתקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 4.9 להלן ויהיו עבור ההוצאות בפועל של המבוטח, על פי קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 4.6 שלהלן.

4.4

על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח את הפרש ההוצאות כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על סך החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.

4.5

במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תוכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי פרק זה:

- 4.5.1 במקרה שבו תוכנית 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, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבוטח כאמור בסעיף 4.9 להלן.
- 4.5.2 במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן) ישולם למבוטח ההפרש שבין סך הוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר, וזאת על פי אישור מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.
- 4.5.3 במקרה ולא ימציא המבוטח אישור כאמור למבטח, יסתמך המבטח לצורך התשלום על מידע שאסף אודות ניתוח זהה או דומה ששילם הוצאותיו למבוטח/ים במסגרת פרק זה.**
במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות בשל נסיבות רפואיות (כדוגמת אי עמידה באינדיקציות רפואיות), ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח כאמור בפרק ג' 1 להסכם זה.
למען הסר ספק, מוצהר ומוסכם בזאת, כי על המבוטח לשתף פעולה עם המבטח להשגת האישור כאמור.
- 4.6 המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.
 במקרה של תשלום תגמולי הביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה, ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל (בהעדר מסמכים מקוריים- ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לפוליסה זו).
- 4.7 במקרה בו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות כאמור בסעיף 4.5 לעיל, המבוטח ימציא למבטח אישור רשמי מקופת החולים המציין את האמור בשני הסעיפים הקטנים הראשונים שלהלן במצטבר:**
- 4.7.1 המבוטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות על פי תנאי השב"ן.**
- 4.7.2 פירוט הסיבה לאי הזכאות.**
- 4.7.3 היה ובמועד קרות מקרה הביטוח אין למבוטח זכאות לכיסוי ביטוחי במסגרת השב"ן מאחר והמבוטח אינו מבוטח בשב"ן באותה העת, ישולם למבוטח ההפרש בין הסכומים שהיו אמורים להיות משולמים למבוטח, לו היה לו שב"ן לבין תקרת ההוצאות כאמור בסעיף 4.9 להלן.**

ברות ביטוח:

4.8.1 מבוטח שחברותו בשב"ן בוטלה, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 ימים ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (להלן: "פוליסת המשך"). המבטח יהיה רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתוכנית שב"ן בקופה אחרת (הכוללת תקופת אכשרה אם קיימת) ובין אם לאו. במקרה כאמור, המבטח יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך ללא חיתום מחדש או בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה, בכפוף לתשלום הפרמיה המלאה על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון, על פי גילו בעת המעבר למסלול זה.

4.8.2 לא מימש המבטח זכות זו תוך 60 הימים לעיל, תפקע זכות זו מאליה ותחדש בעת הצטרפות המבטח לתוכנית שב"ן בקופת החולים בה הוא חבר באותה עת וזאת על פי אישור הקופה, אשר ימציא המבטח למבטח המעיד על תקופת חברותו בשב"ן

להלן פירוט ההוצאות המוכרות:

מובהר כי בחירתו של מנתח, רופא מרדים ומנתח ברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.

4.9.1 שכר מנתח/מרדים:

4.9.1.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.

4.9.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבטח, השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח/מרדים שבהסכם עם המבטח.

הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ביטוח:

החברה תשלם למבטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח, או אם יבחר המבטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם. הוצאות חדר הניתוח מנותני שירותים שלא בהסכם יהיו בהתאם ללוח התגמולים המפורט באתר המבטח (www.fnx.co.il) לאותו ניתוח. **כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח שבהסכם, ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**

הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבטח כנגד קבלות מקוריות (בהעדר קבלות מקוריות-ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו).

שתל -אביר מושתל:

בוצע במבטח ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבטח שתל, תשתתף החברה בעלות התותב הנ"ל עד לסך של 35,630 ₪ למקרה ביטוח.

- 4.9.5 **שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז:**
שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז עד לסכום של 704 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח (בהעדר קבלות מקוריות- ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים) או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית, ובלבד שביצוע השמירה הפרטית לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.
- 4.9.6 **פיצויטרפיה בעת האשפוז, בעקבות הניתוח ולאחריו:** עד 600 ₪ ליום ועד 7 ימים לניתוח.
- 4.9.7 **שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:**
החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
- 4.9.8 **התייעצות לפני ואחרי ניתוח:**
החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח, אשר ביצע בפועל את הניתוח.
- 4.9.9 **התייעצות נוספת לפני ניתוח:**
החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח אצל רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מנהל או סגן מנהל מחלקה/יחידה, כפי שיקבע על ידי המבטח, בשאלת הצורך בניתוח, עד 2,264 ₪. בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 4.9.10 **הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות:**
החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות. בנוסף תכסה החברה בדיקה פתולוגית נוספת במידת הצורך כחוות דעת שנייה ועד לתקרה של 1,000 ₪.
- 4.9.11 **תשלום במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת (בשיעור של 75% לפחות) במקרה של סיבוכי ניתוח בישראל:**
- 4.9.11.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 3,019 ₪ במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת, הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67 בעת קרות מקרה הביטוח לראשונה.
הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.

4.9.11.2 המבוטח יחשב עבודה כבעל נכות תעסוקתית מוחלטת לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה, אם עקב הניתוח נשלל ממנו בשיעור של 75% לפחות הכושר להמשיך במקצועו, או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח, או בעיסוק אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, כפי שיקבע על ידי רופא תעסוקתי, וזאת **מקום בו הכושר כאמור נשלל מהמבוטח לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח** (להלן: "**תקופת המתנה**").

עקר/ת בית תחשב במצב של נכות תעסוקתית מוחלטת כאמור לעיל, אם עקב ביצוע הניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, נשללה ממנו/ממנה באופן מלא האפשרות לבצע את עבודות הבית שביצע/ה לפני קרות מקרה הביטוח.

הפסקת עבודה (כולל מצב של מובטל/ת) אם למבוטח לא היה כל עיסוק ו/או מקצוע בעת קרות מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי הביטוח לנכות תעסוקתית מוחלטת רק אם נשלל מהמבוטח הכושר לעסוק בכל עיסוק שהוא. למרות האמור לעיל, אם המבוטח הפסיק את עיסוקו עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח ולא היה ולא עסק בעיסוק כלשהו בעת קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה תגמולי ביטוח בהתאם לעיסוקו האחרון במועד הפסקת העבודה.

4.9.11.3 הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת ההמתנה, **לתקופה מרבית של 12 חודשים**.
בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי לו זכאי המבוטח, על 75% משכרו החודשי הממוצע ב – 12 החודשים שקדמו לניתוח, להוציא במקרה של מובטל (לא כולל הפסקת עבודה עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח).

4.9.11.4 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.

4.9.11.5 במידה שהמבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל – החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו, ובנוסף לפעול לגביית הסכומים, אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

4.9.11.6 במקרה של נכות תעסוקתית חוזרת בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת להשלמת החודשים עד מיצוי של 12 חודשים למקרה ביטוח כאמור בסעיף 4.4.11.3 לעיל.

4.9.12 **פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח בישראל :**
נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה ליוורשי החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 130,819 ₪.
לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

4.9.13 **פיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:**
מבוטח אשר כתוצאה ישירה במהלך מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 150,946 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף האיידס בטרם תחילת הביטוח.

4.9.14 **פיצוי בגין הידבקות ב- הפטיטיס B:**
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, נדבק בנגיף הפטיטיס B, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 150,946 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח, והמבוטח לא היה נשא נגיף הפטיטיס B בטרם תחילת הביטוח.

4.9.15 **הוצאות החלמה:**
בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או גב או השתלה של לב, ריאה, לב ריאה, לבלב, כליה ולבלב או כבד אירוע לב או ניתוח בעמוד השדרה או ניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 5 ימים, תשתתף החברה בהוצאות ההחלמה – עד 500 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי החלמה בבית החלמה מוכר בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשהייה נעשתה עד 60 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

4.9.16 **הוצאות שיקום לאחר ניתוח:**
כ"שיקום" ייחשבו הטיפולים המנויים כדלהלן: ריפוי בעיסוק, שיקום נוירולוגי, פיזיותרפיה, הידרותרפיה, התעמלות שיקומית, שיקום דיבור, השיפוי כנגד קבלות ו/או חשבוניות במקרה קבלת חלק מהחזר ע"י השב"ן. הוצאות השיקום יינתנו בתנאי שהצורך בשיקום נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשיקום יתבצע במהלך 90 ימים ממועד הניתוח ועד 16 טיפולים למקרה ביטוח ולא יותר מ-180 ₪ לטיפול.

4.9.17 **השתתפות במנוי למשדר קרדילוגי:**
לאחר התקף לב ו/או ניתוח לב מכל סוג יהיה רשאי המבוטח לקבל השתתפות במנוי כנ"ל עד לסך 200 ₪ לחדש ועד 24 חודשים.

4.9.18 **טיפול ע"י מקרופאג'ים:**

טיפול ע"י מקרופאג'ים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת, כיסוי בעת השהייה בבית החולים ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך 9,057 ₪ למקרה ביטוח.

5. **תקופת האכשרה - 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה תקופת האכשרה תהיה בת 180 יום.**

6. **תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם**

פרק 4 – ניתוחים בחו"ל

הגדרות:

1.

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – ביצוע ניתוח במבוטח, המכוסה על פי פוליסה זו ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכל במהלך תקופת הביטוח לראשונה.
- 1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.
- 1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.
- 1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

תגמולי הביטוח:

2.

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: הניתוח והשירותים הרפואיים שמכח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה.

היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה % 200 מעלות ביצוע הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה, אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

אחריות המבוטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע, יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל וחזר לישראל לאחר מכן.

שכר מנתח/ מרדים:

2.1

שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

2.2

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושתל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית וחווה דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמיה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז.

כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

2.3

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ברציפות או במקרה של

ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או ניתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:

הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 650 ₪ ליום למבוטח ו- 650 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירות רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל- 2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול- 2 מלווים לא יעלה על 1,650 ₪ ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.

2.4 **הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 25,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית יקבע על-די רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

2.5 **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 3 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה יהא 50,315 ₪.

2.6 **פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 רצופים, יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה 10,063 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.

יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים.

2.7 **שיפוי לאחר אשפוז ממושך:**

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,547 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

טיפולם פיזיותראפיים - עד 12 מפגשים, עד 151 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 151 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ייעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 151 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

שיקום כושר הדיבור - עד 12 מפגשים, עד 151 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים.

3. **תביעות:**

בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח, יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל

הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל. **קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור- ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.**

4. **תקופת אכשרה: 30 יום במקרים הקשורים להריון לידה תקופת האכשרה תהיה בת 180 יום.**

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק 5 – טיפולים מחליפי ניתוח

1.

הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על סעיף זה הגדרות נוספות שלהלן:

- 1.1 **"מקרה ביטוח"** – ביצוע טיפול מחליף ניתוח המכוסה במסגרת פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא מומחה, שהתמחותו בתחום הספציפי בו נדרש הניתוח.
- 1.2 **"טיפול חלופי"** – טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח.
- 1.3 **"סכום שיפוי מרבי"** – גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף זה.
- 1.4 **"נותן הטיפול החלופי"** – רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.
- 1.5 **"נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי"** – נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל שירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

2.

התחייבות החברה:

- 2.1 אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן, שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד עלות הניתוח לפי תעריפי המבטח אותו מחליף הטיפול החלופי בישראל או 200% מעלות הניתוח בישראל לפי תעריפי המבטח במקרה של ביצוע טיפול חלופי בחו"ל, ובכל מקרה סכום השיפוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 150,946 ₪ ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
- 2.2 **המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור החברה מראש כי יישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.** בהעדר אישור מוקדם של המבטח- ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים של הפוליסה.
- 2.3 ההוצאות הרפואיות (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה הינן כדלקמן:
 - 2.3.1 שכר נותן הטיפול החלופי.
 - 2.3.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.
 - 2.3.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
 - 2.3.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.

- 2.4 הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
- 2.5 נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.
- 2.6 ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.
- 2.7 ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי, כפי שיהיה נהוג אצל החברה באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.

3. סייגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של פוליסה זו יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן על פרק זה:

- 3.1 **לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.**
- 3.2 **החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבוטח כל אחריות בגינה. החברה לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו. כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.**

4. **תקופת האכשרה – 30 יום , במקרים הקשורים להריון לידה תקופת האכשרה תהיה בת 180 יום.**

תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

פרק 6 – שירותים אמבולטוריים

1.

הגדרות לפרק זה:

1.1

"מקרה הביטוח" – המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.

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

1.2

"מועד קרות מקרה הביטוח" – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.

1.3

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

1.4

"התייעצות" – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.

1.5

"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 טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.

1.6

בדיקות היריון

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

1.6.2 בדיקת שקיפות עורפית

1.6.3 חלבון עוברי

1.6.4 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר ו/או מאוחרת

1.6.5 בדיקת מי שפיר או סיסיליה (לפי בחירת המבוטחת)

1.6.6 בדיקת אקו לב עובר

המבטח ישתתף בעלות של 80% מבדיקות ההיריון, שתבצע המבוטחת, המפורטות בסעיף זה לעיל ועד התקרות שלהלן. סך ההחזר של המבטח בגין כל בדיקות ההיריון יחד יהא עד 4,000 ש"ח. ולהריון רב עוברי עד 5,500 ש"ח. הכיסוי יינתן גם לאם פונדקאית, **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 120 יום.**

2.

בכל הבדיקות שלהלן תהא השתתפות עצמית בסך 20% אלא אם כתוב אחרת בסעיף ספציפי:

2.1

התייעצות עם רופא מומחה:

השתתפות המבטח בהתייעצות עם רופאים מומחים. יינתן החזר של עד 805 ש"ח להתייעצות.

כל מבטוח יהיה זכאי ל- 4 התייעצויות בשנת ביטוח. **הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה רופא ילדים ומעקב הריון.** למרות האמור לעיל תכוסה התייעצות עם רופא ילדים מומחה שאינו המטפל בדרך שגרה בילד אחת לכל מבטוח לשנת ביטוח. המבטוח יישא ב- 20% השתתפות עצמית. למרות האמור לעיל, תכוסה התייעצות אחת בהריון, והיא תקוז מתקרת ההחזר בבדיקות ההריון (סעיף 1.6 לעיל).

2.2

בדיקות רפואיות אבחנתיות:

השתתפות המבטוח בסכום של עד 4,000 ₪ למבטוח לשנת ביטוח בגין: בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T) בדיקות טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת, הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבטוח או לקביעת דרכי הטיפול בו. ל- M.R.I בלבד תקרה נוספת של 4,000 ₪ למבטוח לשנת ביטוח. המבטוח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

2.3

טיפול פיזיותרפיה:

המבטוח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי לפי הוראת רופא שבהסכם, או ישפה את המבטוח כנגד קבלות מקוריות, ועד 2,000 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים, כפוף להשתתפות עצמית של 20%.

2.4

טיפול פריון:

מבטוחת תהיה זכאית להשתתפות בהוצאות טיפולי פריון עד 80% מההוצאות בפועל כנגד קבלות מקוריות ועד תקרה של 10,063 ₪ לסדרות טיפולים בהמלצת רופא פריון לכל שלוש שנות ביטוח. הכיסוי יינתן רק למבטוח בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי לא יינתן לבן/בת זוג אשר אינו מבטוח תחת פוליסה זו. **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 4 חודשים.**

2.5

טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים:

החזר בגין טיפולים רדיותרפיים או כימותרפיים עד לסך של 30,000 ₪ לכל שנת ביטוח ועד ל- 100,000 ₪ לתקופת ביטוח, המבטוח ישא ב- 20% השתתפות עצמית.

2.7

שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבטוח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- AMBLYOPIA:

המבטוח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה בהיות המבטוח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה וזאת עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבטוח. המבטוח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

2.8

טיפול בבעיות התפתחות הילד (ילדים בני 3-15):

מבטוח יהיה זכאי לכיסוי טיפולים כגון: פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקויות למידה הנדרשים על פי קביעת רופא נירולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים ו/או רופא משפחה. מבטוח יהיה זכאי גם לכיסוי טיפול בהרטבת לילה. לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 2,013 ₪ לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

- 2.9 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:**
מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "oncotest", עד 7,500 ₪ למקרה ביטוח. השתתפות עצמית 20%.
- 2.10 **תרומת ביצית בחו"ל:**
המבוטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל, אך לא יותר 8,000 ₪ לתרומת ביצית ועד לשתי תרומות ביצית בכל תקופת הביטוח, בגין השגת תרומת ביצית בחו"ל, וביצוע הפריה חוץ גופית בישראל או בחו"ל, בכפוף לאישור בכתב מרופא פריון מומחה בארץ על כך שלא ניתן להשיג ביצית מתאימה למבוטחת בישראל.
- 2.11 **בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים:**
מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות: סרטן השד
סרטן המעי הגס
סרטן השחלות
סרטן פרוסטטה
וזאת במידה ואחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) חלה במחלת הסרטן לאחר תום תקופת האכשרה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לאבחון יהיה בשיעור 80% מסך ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל בגין האבחון ועד 4,000 ₪.
- 2.12 **אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה:**
המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 500 ₪ ליום אשפוז בגינו היה המבוטח מאושפז שלא כתוצאה מניתוח אלא כתוצאה ממחלה או תאונה. הכיסוי יינתן מהיום הרביעי ועד 21 ימים סה"כ.
- 2.13 **חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל:**
מבוטח יהא זכאי להחזר בגין עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל עד 4,528 ₪ לחוות דעת אחת ולמקרה ביטוח.
3. **חריגים:**
- 3.1 **בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שהלך:**
שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים.
- 3.2 **בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.**
- 3.3 **שירותים שלא בוצעו במהלך תקופת הביטוח.**
- 3.4 **שירותים שבוצעו בחו"ל.**
- 3.5 **בדיקות אבחנתיות לא יכללו אבחון התנהגותי ו/או פסיכו דידיקטי**
4. **תקופת אכשרה – 60 יום, למעט לגבי סעיפים 1.6 ו- 2.4 (בדיקות הריון וטיפול פריון), אשר לגביהם תחול תקופת אכשרה בת 180 יום.**
- תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.**

פרק 7 – כתבי שירות

כתבי שירות- תנאים כלליים:

"פוליסה בסיסית"- הפוליסה הקבוצתית אליה הצטרף/צורף המבוטח (כגון: פוליסה בריאות קבוצתית, פוליסת שיניים קבוצתית, פוליסת סיעוד (בלבד) קבוצתית, פוליסת בריאות ושיניים קבוצתית וכיו"ב).

ביטול כתבי שירות:

בנוסף על הקבוע בכל אחד מכתבי השירות, יחולו תאני הביטול המפורטים להלן:

א. ביטול על ידי המבוטח

כתב השירות יבוטל על פי בקשה בכתב אשר נמסרה למבוטח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בביטול הפוליסה הבסיסית על ידי המבוטח ביחס לכיסוי הביטוחי שניתן לו מכח פוליסה זו בהתאם לתנאי הפוליסה הבסיסית בכל הנוגע לביטולה.
2. מקום בו נגבתה מהמבוטח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית בגין כתב השירות – מקום בו ביקש המבוטח בכתב מהמבוטח לבטל את כתב השירות.

הביטול יכנס לתוקף בתוך 3 ימים מקבלת מכתב הביטול של המבוטח במשרדי המבוטח.

ב. ביטול על ידי המבוטח

כתב השירות יבוטל על ידי המבוטח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בהתאם לתנאי הביטול על ידי המבוטח הקבועים בפוליסה הבסיסית.
2. מקום בו משולם על ידי המבוטח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית – יבוטל כתב השירות בכל מקרה של אי תשלום בגין כתב השירות לאחר שתי משלוח התראות למבוטח (במרווחים של לפחות 21 ו-15 יום) ומכתב ביטול למבוטח בגין החוב.
3. בהודעה מראש של 60 יום לפני הביטול לכלל המבוטחים מקבלי השירות תחת כתב השירות. הביטול על פי סעיף זה יהא במקרים כגון: הפסקת התקשרות המבוטח עם ספקי נותני השירות או כל מניעה רגולטורית לאספקת השירות או חלק מהותי ממנו. מבוטחים אשר החלו בקבלת השירות נתון מכח כתב השירות טרם ביטול כתב השירות לכלל המבוטחים תחת אותו כתב שירות שבוטל- יושלם אותו שירות נתון שהוחל בביצועו טרם הביטול, אלא באם קיימת מניעה רגולטורית להשלימו כאמור.

כתב שירות רופא עד הבית

1.

הגדרות לנספח זה:

"החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

"הפוליסה"

פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה, אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.

"המנוי"

המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה כזכאים לשירות עפ"י כתב שירות זה.

"נותן"

נותן שירות שיקבע ע"י החברה מעת לעת.

"השירות"

"מידע רפואי"

כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או מטפל מטעמו.

"רופא"

רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כממוחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג – 1973.

"מוקד"

"השירות"

"מדד"

מוקד טלפוני ארצי המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.

מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

"מדד יסודי"

המדד שפורסם ביום 15.11.2015 העומד על **12292** נקודות

2.

הזכאות לשירות:

2.1 מצב בריאותי לקוי ו/או מחלה של המבוטח.

2.2 מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו פנה המבוטח ל - "מוקד השירות".

השירות יינתן בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה.
השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת ישראל.
השירות יינתן בזמינות של עד שעתיים מרגע קבלת הדרישה לשירות במוקד השירות.

3.

התחייבות החברה והשתתפות עצמית:

3.1 בהתקיים מקרה הביטוח מתחייבת החברה לשלוח לבית המנוי רופא לצורך בדיקה ו/או טיפול חירום כאמור בנספח זה להלן. השירות יינתן בכל מקום בו ימצא המנוי הנזקק לשירות.

במקרים בהם נבצר מספק השירות לספק שירות רופא עד הבית בהתאם למועדים המופיעים בכתב השירות, יודיע על כך מוקד השירות למנוי ולאחר

- קבלת אישור המוקד, יתאפשר למנוי לבחור אחת מהאפשרויות הבאות:
1. קבלת שירות רפואי אצל כל גורם אחר כולל מוקד רפואי או חדר מיון, במקרה זה יינתן למבוטח החזר בסך שלא יעלה על- 250 ₪ בניכוי דמי השתתפות עצמית כאמור בסעיף 3.5 להלן ובכפוף להצגת קבלה.
 2. קבלת שירות ייעוץ טלפוני עם רופא של ספק השירות.
- 3.2 התחייבות החברה הינה עבור השירותים הרפואיים בסעיף 3.3 להלן, שהקריאה בגינם תתקבל ב"מוקד קו הבריאות".
- 3.3 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי על ידי רופא כמפורט להלן:
- 3.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו המבוטחים.
 - 3.3.2 בדיקה גופנית של החולה, לרבות שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכל כפי שידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 3.3.3 קביעת אבחנה רפואית.
 - 3.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 3.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 3.3.6 הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה/ לרופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
 - 3.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא, בכפוף לתקנון קופת החולים הרלוונטית.
 - 3.3.8 מתן תעודה רפואית.
- 3.4 הזכאות לקבלת שירות רפואי על פי כתב שירות זה הינה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 3.5 בגין כל ביקור רופא עבור כל מנוי יהיה חייב המנוי לשלם דמי השתתפות בסך של 25 ₪ הצמודים למדד הבסיס.

4.

הגבלות לאחריות נותן השירות:

4.1 נותן השירות לא יהא אחראי על פי כתב שירות בגין:

- 4.1.1 תרופות למעט האמור בסעיף 3.3.4 לעיל.
- 4.1.2 הוצאות בגין המשך טיפול רפואי שהומלץ ע"י הרופא שביקר בבית המבוטח.

5.

הוראות כלליות:

5.1

על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל המידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.

5.2

המנוי הצהיר כי ידוע לו, שלצורך קבלת השירות וכשהדבר ידרש, בהתאם לשיקול הדעת של המוקד הרפואי, יועבר המידע המצוי ברשומה הרפואית, כולו או חלקו, לצוות הרפואי הפועל מטעם המוקד הרפואי ו/או למד"א ולכל גורם רפואי אחר באמצעות קשר אלחוט, טלפון, פקסימיליה וכיו"ב אמצעים להעברת מידע, והמנוי מרשה למבטח ולמוקד הרפואי לפעול להעברת המידע כאמור בסעיף 5.1.

5.3

המנוי מאשר כי הפרטים הרפואיים שימסרו על ידיו ו/או יתקבלו בקשר אליו מכל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או כל גוף אחר יכללו במאגר המידע הממוחשב אצל החברה ו/או בית החולים על מנת שישמש את עובדי ונציגי החברה ועובדי בית חולים, לצורך מתן שירות במסגרת המוקד הרפואי. למען הסר ספק, מובהר כי כללי הסודיות הרפואיים ישמרו במלואם ע"י כל המועסקים.

5.4

נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו יכול שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.

5.5

למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין שירות ביקור רופא תשולם על ידי המנוי שירות לרופא מטעם נותן השירות, ובשום אופן לא באמצעות החברה.

6.

תקופת תוקפו של כתב השירות:

6.1

כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות עפ"י הפוליסה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה שהוצאה ע"י החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

6.2

על אף האמור לעיל, במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

7.

פטור מאחריות:

החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1

תוכן השירות הטלפוני.

7.2

רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות.

למען הסר ספק השירות ניתן בישראל בלבד.

כתב שירות לרפואה משלימה

הגדרות:

1.

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות הנתונה להם לצידם:

- 1.1 "החברה" – הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" – פוליסה תקפה לביטוח רפואי אשר אליה מצורף כתב שירות זה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
- 1.3 "מבוטח" – יחיד/ה ובן/בת זוג וילדיהם, המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה.
- 1.4 "המנוי" – מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5 "המשפחה המנויה" – בית אב אשר כל אחד מיחיד המבוטחים בו זכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.6 "נותן השירות" – נותן שירות כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
- 1.7 "מרפאות הסדר" – מרפאות אשר נותן השירות התקשר עימן בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה. רשימת מרפאות ההסדר תעודכן מעת לעת.
- 1.8 "מוקד השירות" – מוקד טלפוני ארצי, המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.
- 1.9 "המדד" – מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.10 "המדד הבסיס" – מדד חודש אשר פורסם ביום 15.11.2015 ועומד על 12292 נק'.
- 1.11 "שנת זכאות" – תקופה המתחילה במועד תחילת תקופת הכיסוי של המבוטח עפ"י כתב שירות זה, ומסתיימת תוך שנה מאותו יום במהלכה זכאי המנוי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.12 "המועד הקובע" – מועד תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה, הנקוב בדף פרטי הביטוח, או מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי המנוי, המאוחר מביניהם.

השירות:

2.

- 2.1 מנוי, אשר לפי אבחנת רופא המשפחה או רופא מומחה בתחום הרלוונטי, האבחנה של הצורך הרפואי בשירותים על פי כתב שירות זה הינה לאחר המועד הקובע, ואשר קיבל הפניה בכתב לקבלת טיפול המבוקש על ידו המכוסה במסגרת כתב שירות זה, יהיה זכאי לקבלת הטיפול על ידי נותן השירות הרלוונטי במרפאת ההסדר, וזאת לפי הפנייה של מוקד השירות וכנגד המצאת ההפניה והאבחנה כאמור למוקד, הכל בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.2 המנוי יהא זכאי לקבל שירותי רפואה משלימה כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד (להלן: – "השירותים"):

- 2.2.1 אקופונקטורה – טיפול בדרך של דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 2.2.2 רפלקסולוגיה – טיפול בדרך של עיסוי ולחיצות בכפות הרגליים.
- 2.2.3 שיאצו – לחיצה ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף.
- 2.2.4 אוסטיאופתיה – טיפול להשגת הקלה בבעיות במערכת השלד, העצמות והשרירים.
- 2.2.5 כירופרקטיקה – עיסוי וטיפול בעמוד השדרה והחוליות.
- 2.2.6 הומאופתיה – שיטת טיפול בעזרת תרופות מיוחדות מחומרים טבעיים.
- 2.2.7 פלדנקרייז – טיפול בעזרת הקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.2.8 ביו – פידבק – טכניקה לטיפול בבעיות רפואיות בעזרת מכשיר אלקטרוני.
- 2.2.9 נטרופתיה – טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן אישי לכל מטופל.
- 2.2.10 ייעוץ דיאטטי – התאמה אישית של תוכנית תזונה למנוי.
- 2.2.11 שיטת טווינא – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מס' רקמות עמוק.
- 2.3 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

היקף השירות:

3.

- 3.1 במסגרת כתב שירות זה יהיה המנוי זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות בתחום הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות, ובכפוף לאישור מראש של מוקד השירות בדבר היותו של המבוטח בגדר מנוי, הזכאי לקבל את השירותים בהתאם לכתב שירות זה.
- 3.2 בכל מקרה, סידרת הטיפולים לה יהיה זכאי המנוי כאמור בסעיף 3.1 לעיל תכלול עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית (ולמען הסר ספק מובהר, כי פגישת הייעוץ נכללת במניין 16 הטיפולים), בין אם הטיפולים יינתנו על ידי נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירותים המפורטים לעיל, ובין אם מדובר בטיפול משולב של נותני שירות בכמה תחומים.
- 3.3 בכל מקרה, מספר הטיפולים לו תהא זכאית המשפחה המנויה כולה בשנת ביטוח אחת במסגרת כתב שירות זה, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים (למען הסר ספק, מובהר כי פגישות הייעוץ נכללות במניין 20 הטיפולים).
- 3.4 השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים

(עישון, סמים, אלכוהול וכיוב').

3.5 השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או בעיות השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך על ידי הרופא המטפל במנוי, הקובעת כי קבלת השירות הינה צורך רפואי ברור.

3.6 השירות אינו כולל הוצאות של המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו על ידי נותן השירות לצורך הטיפול.

3.7 המנוי יהיה זכאי לקבל את השירות ע"י מרפאה, שאינה נכללת במרפאות ההסדר בכפוף ובלבד שנותן השירות יאשר זאת מראש ובכתב ואולם מובהר בזאת כי:

3.7.1 האחריות לתיאום ולביצוע הטיפולים יהיו על המנוי בלבד.

3.7.2 מבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף זה לעיל, נותן השירות ו/או החברה לא תהיינה אחראיות בכל צורה שהיא כלפי המנוי למעשה מחדל או נזק כתוצאה מפנייתו למרפאה, שאינה מרפאת ההסדר.

3.7.3 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות בפועל את מלוא הסכום שיקבע בניהם.

4.

נוהל קבלת השירות:

4.1 ביקש מבוטח לקבל את השירותים, יפנה טלפונית למוקד השירות, יידעה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח. המוקד עומד לרשות המבוטחים בכל ימות השנה 24 שעות ביממה (להוציא יום כיפור).

4.2 המבוטח יתבקש במהלך השיחה לענות על שאלון טלפוני, הכולל מענה על שאלות המתייחסות לליקוי הבריאותי לרבות ציון האבחנה הרפואית ותאריך תחילת המקרה הרפואי.

המבוטח יעביר אל מוקד השירות את האבחון בדבר הליקוי הבריאותי כאמור בסעיף 2.1 לעיל ולא יאוחר מתום 2 ימי עבודה ממועד קבלת האבחון במוקד השירות, ייצור נציג נותן השירות קשר עם המבוטח לצורך תיאום פגישת הייעוץ הראשונה, או יודיע למבוטח על אי זכאותו לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.

4.3 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.

4.4 אם יתברר במהלך פגישת הייעוץ הראשונה או בתקופת סדרת הטיפולים כי המנוי אינו זכאי לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה, יופסק השירות האמור למבוטח.

בנוסף יובהר כי אין בקבלת השירותים בכדי להוות הסכמה של החברה לזכאות המבוטח לקבלת השירותים, ו/או להטיל על החברה חבות כלשהי עפ"י הפוליסה בקשר עם הליקוי הבריאותי ו/או לגרוע מזכויותיה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין.

- 4.5 המנוי יהיה זכאי לבחור את מרפאת ההסדר בה יקבל את השירות מתוך רשימת מרפאות ההסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו.
- 4.6 השירות על פי כתב שרות זה יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות ההסדר ולפי לוח העבודה של מרפאות ההסדר. פגישת הייעוץ הראשונה תתואם על ידי מוקד השירות. המועד המדויק של יתרת סידרת הטיפולים יתואם ישירות בין המנוי לבין מרפאת ההסדר בה נערכה פגישת הייעוץ.
- 4.7 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 4.8 השירות יינתן במרפאת הסדר על פי הפנית מוקד השירות כאמור לעיל, כאשר על המנוי יהיה להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונם.
- השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל או השטחים המוחזקים אשר נמצאים בשליטת מדינת ישראל בלבד.
- 4.9 עם תום מתן השירות יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי נותן השירות נתן את השירות.
- 4.10 במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך המנוי למוקד השירות. למען הסר ספק מובהר, כי על המנוי להודיע למוקד על ביטול פנייתו, גם אם מסר על הביטול הפנייה למרפאת ההסדר.

5. אחריות:

- 5.1 **האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח, ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך.**
- 5.2 **מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפול ובהענקת השירותים הרפואיים תסתיים במקדם או בהתרחש אחד משני האירועים שלהלן:**
- 5.2.1 **אי הגעת המבוטח למרפאות ההסדר.**
- 5.2.2 **ביטול הזימון לקבלת השירותים ע"י הודעת המנוי למוקד השירות.**
- 5.3 **מבלי לגרוע מהאמור לעיל החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:**
- 5.3.1 **אחריות מקצועית בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.**
- 5.3.2 **רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.**
- 5.4 **על אף האמור בכתב שירות זה, נותן השירות לא יהא מחויב על פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש, או שאין באפשרות נותן השירות למנועו.**

5.5 יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה על פי הפוליסה ועל פי הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.

6. השתתפות עצמית:
המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 20% ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת ההסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות. במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות זכאי להפסיק ליתן את השירות למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברה הודעה בכתב על כך.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות:
7.1 במהלך תקופת האכשרה בת 60 יום מהמועד הקובע, לא יהא המבוטח זכאי לקבלת השירות על פי כתב שירות זה.

7.2 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות, ויתחדש מאליו בתום שנת הזכאות לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. במקרה של הודעת ביטול כאמור יהיה כתב שירות זה תקף עד תום שנת הזכאות, אשר במהלכה ניתנת הודעת הביטול. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

7.3 על אף האמור בסעיף 7.2 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.

7.4 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.

7.5 מובהר, כי במועד סיום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, תפקע באותו מועד כל זכות של המנוי על פי כתב שירות זה לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד לקבלת השירות לפני תום תקופת תוקפו, אך טרם קיבל את השירות בפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת הטיפולים נשוא כתב השירות לפני תום תקופת תוקפו אך לא השלים את סידרת הטיפולים שהומלצה לו על ידי נותן השירות.

8. כתב שירות זה כפוף לתנאי הפוליסה לרבות סייגיה.

9. החוק הנהוג בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.

כתב שירות לטיפולים פסיכולוגיים

1.

הגדרות:

- | | | |
|-----|----------------------|---|
| 1.1 | "החברה" | הפניקס חברה לביטוח בע"מ. |
| 1.2 | "מנוי" | יחיד המבוטח בביטוח הרפואי והזכאי לקבלת השירות על פי תנאי הפוליסה. |
| 1.3 | "נותן השירות" | מתן מערך יעוץ ותמיכה פסיכולוגיים מיקום או כל נותן שירות אחר כפי שיקבע ע"י החברה. |
| 1.4 | "מטפל" | פסיכולוג קליני או חינוכי, או עובד סוציאלי בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל. |
| 1.5 | "מידע רפואי" | כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות, עובדיו ו/או מטפל מטעמו. |

2.

הזכאות לשירות:

- | | | |
|-----|--------|--|
| 2.1 | 2.1 | המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות טלפון ע"י מטפל מטעם נותן השירות, בנושאים הקשורים לפרט לזוגיות ולמשפחה, לילדים למתבגרים ומבוגרים ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא: |
| | 2.1.1 | התמודדות עם מוות במשפחה. |
| | 2.1.2 | התמודדות עם תאונות דרכים. |
| | 2.1.3 | התמודדות עם ניתוחים גדולים. |
| | 2.1.4 | התמודדות עם מחלה ממארת או מחלת לב. |
| | 2.1.5 | התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות. |
| | 2.1.6 | התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה. |
| | 2.1.7 | התמודדות עם גירושין בין בני הזוג. |
| | 2.1.8 | התמודדות עם בעיות סמים. |
| | 2.1.9 | התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה. |
| | 2.1.10 | התמודדות עם הפרעות אכילה – אנורקסיה או בולמיה. |
| | 2.1.11 | התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית חולים. |
| | 2.1.12 | התמודדות עם מחלות כרוניות, מצבים סיעודיים. |
| 2.2 | | המנוי זכאי ליעוץ הטלפוני האמור בסעיף 2.1 לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השירות ו/או מטפל מטעמו. |

- 2.3 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות עם מטפל שבהסכם עם נותן השירות עד ל-12 טיפולים בשנה בעלויות מופחתות כמפורט להלן:
- 2.3.1 2 פגישות ראשונות – 80 ₪ לכל פגישה.
- 2.3.2 10 פגישות נוספות – 160 ₪ לכל פגישה.
- פגישות המשך נוספות – 240 ₪ לכל פגישה.
- 2.4 קבלת שירות הייעוץ הפסיכולוגי באמצעות פגישות מותנה בקבלת יעוץ טלפוני פסיכולוגי מקדים, כמפורט בסעיף 2.1 לעיל.
- 2.5 קביעת הפגישות והתאמת המטפל תעשה בהתאם לסוג הבעיה ולהתמחות המטפל הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן השירות. מובהר כי המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני למבוטח לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ עם המבוטח.
- 2.6 הזכות לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה הינה אישית של המבוטח ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
- 2.7 פגישות הייעוץ יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל בפועל.
- 2.8 פגישות הייעוץ תערכנה במשרדו של המטפל בפועל. השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המבוטח.
- 2.9 במקרה של אי תשלום דמי הטיפול ע"י המבוטח, לפי העניין, יהיה נותן השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למבוטח לאחר שנתן למבוטח הודעה בכתב על כך.
- 2.10 השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל בפועל טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 2.11 למבוטח הזכות לבקש להחליף את המטפל בפועל ובמקרה זה נותן השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המבוטח למטפל אחר מתוך המערך של נותן השירות ובלבד שהחלפת המטפל בפועל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי.
- 2.12 השירות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל קיים רקע אורגני לסבלו של המבוטח או חדש לרקע אורגני המצריך עפ"י הוראות הדין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 2.13 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.
3. **נוהל קבלת שירות:**
- 3.1 נזקק המנוי לשירות נשוא כתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד החברה

בטלפון עליו תודיע החברה ידהה בשמו, כתובתו ומספרי הטלפון בהם ניתן ליצור עימו קשר ויציין את עובדת היותו ממני לשירות, ללא צורך בפירוט סיבת דרישתו לשירות.

המוקד עומד לרשות המבוטח בכל ימות השנה – 24 שעות ביממה למעט יום כיפורים מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום ולמעט ערב ראש השנה וערב פסח מהשעה 16:00 בערב החג ועד שעתיים לאחר צאת החג.

3.2 מיד לאחר שנציג החברה במוקד החברה יודא כי הפונה הוא אכן ממני הזכאי לקבלת השירות יובהרו לממני יתר נהלי קבלת השירות כמפורט בסעיפים 3.3 – 3.6 להלן.

3.3 נציג החברה יעביר את דרישת הממני לשירות לנותן השירות.

מטפל מטעם נותן השירות ייצור קשר טלפוני עם הממני תוך 4 שעות, לכל היותר, מרגע קבלת הדרישה מטעם הממני, למספר הטלפון שנמסר על ידי הממני.

3.4 במידה ובמספר הטלפון שנמסר לא יענה הממני, תשמר סודיות מלאה באופן לפיה המטפל לא יציג את עצמו או את מטרת התקשרותו וישאיר הודעה הכוללת רק את שמו ומספר הטלפון בו ניתן להשיגו.

3.5 המשך יעוץ טלפוני ו/או יעוץ טלפוני נוסף ו/או תיאום פגישות אישיות עם מטפל יתבצעו בנוהל המפורט דלעיל.

3.6 למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין פגישות אישיות עם מטפל מטעם נותן השירות כאמור בסעיף 2.3 תשולם על ידי הממני ישירות למטפל ובשום דרך ואופן שלא באמצעות החברה.

3.7 לאחר תיאום הפגישה הראשונה במסגרת ייעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות, יתבצע המשך הייעוץ, תיאום פגישות, שינוי מועדים וביטולן ישירות בין המבוטח למטפל מטעם נותן השירות, ללא מעורבות מוקד החברה.

3.8 במקרה של תלונה מטעם הממני בכל עניין הנוגע לכתב שירות זה, יעמוד לשרות הממני נציג נותן השירות בטלפון אשר יפורסם ע"י החברה מעת לעת בשעות 08:30 עד 16:00.

למען הסר ספק, יובהר כי טלפון זה נועד רק למקרי תלונות ולא לשימוש הממני לתיאום פגישות והשארת הודעות אלא רק בדרך המצוינת בסעיף 3.1 לעיל.

ממני שיפנה לנותן השרות באמצעות טלפון זה לשם קבלת שירות, לא ייענה!

4. תקופת תוקפו של כתב השירות:

4.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה הממני זכאי לקבלת השירות על פי כתב השירות שהוצא לו על ידי החברה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטל או מסתיים הביטוח היסודי ו/או כתב השירות, שהוצא על ידי החברה לממני, יסתיים. באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

4.2 על אף האמור לעיל, במקרה שפעילותו של נותן השירות או חלק משמעותי מפעילותו תפגע על ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השרות, לא יחשב הדבר להפרה של התחייבותיהם של נותן השירות ו/או החברה עפ"י כתב

שירות זה ולמטופל לא תהא כל זכות תביעה נגד מי מהן בקשר לכך.

פטור מאחריות:

5.

האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

5.1 תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיות וההשלכות העוללות לנבוע מהם.

5.2 רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השרות מטעם נותן השירות.

מחויבותה של החברה כלפי המנוי בכל פנייה לקבלת שירות תסתיים עם העברת פרטיו האישיים לנותן השירות.

החוק הנהוג:

6.

בכל מחלוקת בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.

כתב שירות לטיפול חירום שיניים

1.

הגדרות:

- 1.1 "החברה" - הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "הפוליסה" - פוליסה תקפה לביטוח רפואי אליה מצורף כתב שירות זה ואשר מקנה את הזכות למני לקבלת שירות זה.
- 1.3 "מבוטח" - יחיד/ה ובן/בת זוג וילדיהם, המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה.
- 1.4 "המנוי" - מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
- 1.5 "המדד" - מדד המחירים לצרכן, המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 1.6 "המדד הבסיס" - המדד היסודי הקבוע בפוליסה.
- 1.7 "מידע רפואי" - כל מידע רפואי אודות המנוי שהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או מטפל מטעמו.
- 1.8 "מוקד השירות" - מוקד טלפוני של נותן השירות אשר פרטיו יפורסמו מעת לעת על ידי החברה ובאמצעותו יופנה המבוטח למוקד החירום.
- 1.9 "השתתפות עצמית" - סכומים בהם יחוייב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירות עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.
- 1.10 "מוקד חירום" - מרפאות שיניים אשר להן הסדר תשלומים עם החברה.
- 1.11 "טיפול חירום" - טיפול לעזרה ראשונה ושיכוך כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים המפורטת להלן ובלבד שהמבוטח לא זומן לטיפול מראש.

2.

השירות:

- 2.1 המנוי יהיה זכאי לביצוע טיפול חירום בשינוי באמצעות מוקד חירום בלבד.
- 2.2 **רשימת הטיפולים:**

רשימת הטיפולים להם זכאי המנוי הינם הטיפולים המצויים ברשימה להלן המחייבים קבלת טיפול חירום ובלבד שהמנוי לא זומן לטיפול מראש, כחלק מטיפול שיניים שגרתי:

 - טיפול בעצב מודלק.
 - ניקוז מורסה משן נגועה.
 - מתן מרשם מתאים לשיכוך כאב, במידה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.
 - פפליטוס עקב דחיסת מזון.
 - דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.
 - פריקורוניטיס.

- הורדת נקודת לחץ של תותבת.
- הדבקות כתר שן שנפל.
- איזון מנשך ושחרור פצעי לחץ.
- סתימה זמנית.

3 תנאי מוקדם לאחריות החברה:

- החברה תשלם ישירות למוקד חירום את כל ההוצאות כרוכות בטיפול החירום ובלבד שיתקיימו כל התנאים המפורטים להלן:
- הטיפול יינתן במוקד חירום בלבד ובהפניית מוקד השירות.
 - הטיפול שניתן נכלל ברשימת הטיפולים.
 - המבוטח לא זומן לטיפול מראש ולא היה לו כל מועד מתוכנן קודם לקבלת הטיפול.

4. השתתפות עצמית: ללא השתתפות עצמית.

5. הוראות כלליות:

- 5.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
- 5.2 ביקש מבוטח לקבל את השירותים, יפנה טלפונית למוקד השירות יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח.
- מוקד השירות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 5.3 השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה.
- 5.4 על המנוי יהיה למסור לנוותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל מידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.
- 5.5 השירות יינתן בישראל בלבד.
- שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות הנמצאות בהסכם עם נוותן השירות ונמצאות בערים מרכזיות הבאות: **ירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע.**
- 5.6 על המנוי להגיע למרפאת ההסדר בעצמו ועל חשבונו.

6. אחריות:

- 6.1 **האחריות בגין איכות השירותים נשוא כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות רפואית או אחרת, תחול על מבצע השירות הרלוונטי והחברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:**

6.1.1 אחריות מקצועית נשוא כתב שירות זה.

6.1.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.

6.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר שאינו מבצע שירות או מרפאת הסדר כהגדרתן לעיל.

6.2

יובהר כי אין בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.

7. תקופת תוקפו של כתב השירות:

7.1

כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנת הזכאות ויתחדש מאליו בתום שנת הזכאות לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו. במקרה של הודעת ביטול כאמור יהיה כתב שירות זה תקף עד תום שנת הזכאות אשר במהלכה ניתנת הודעת הביטול. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

7.2

על אף האמור בסעיף 12.1 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.

7.3

כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של הפוליסה.

7.4

במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

דף הרשימה

תקופת הביטוח: 1.12.2015-30.11.2020

מדד בעת החידוש: המדד אשר פורסם ביום 15.11.2015 12292 נק'

דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:*

רובד הרחבה מסלול שב"ן	רובד הרחבה מסלול שקל ראשון	רובד בסיס	
74.10	79.22	19.16 (מימון הארגון)	חבר/ת ארגון
74.10	79.22	19.16	בן זוג
23.00	25.55	7.67	*ילד (עד גיל 25)
74.10	79.22	19.16	ילד מעל גיל 25

*ילד שלישי (עד גיל 25) ואילך – ללא עלות

הפרמיות נכונות למדד שפורסם ביום 15.7.2018 12365 נק'