

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות | ינואר 2025

לחברי עמותת הייטק זון ובני משפחותיהם



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
"גילוי נאות" - תמצית פרטי הפוליסה / תמצית תיאור הכיסויים	3
תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי	13
פרק א - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל	26
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	30
פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל	33
פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מהשקל הראשון (אחידה)	37
פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (אחידה)	39
פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח (אחידה)	42
פרק ז - שירותים אמבולטוריים	45
אופן הגשת תביעה	49

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות

תמצית פרטי הפוליסה	
פוליסת בריאות קבוצתית hitech zone חברי עמותת הייטק זון בישראל ובני משפחותיהם.	שם הביטוח
השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב", ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח, שירותים אמבולטוריים.	סוג הביטוח
<p style="text-align: center;">רובד בסיס</p> <p>השתלות בארץ ומחוץ לארץ וטיפולים מיוחדים מחוץ לארץ - פרק א תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב</p> <p style="text-align: center;">רובד מורחב</p> <p>ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פרק ג ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון - פרק ד ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - פרק ה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן עם השתתפות עצמית - פרק ו שירותים אמבולטוריים - פרק ז</p>	תיאור הביטוח
5 שנים: החל מ-01.01.2025 ועד ה-31.12.2029.	תקופת הביטוח
<p>פרק א - סעיף 7</p> <p>פרק ב - סעיף 5</p> <p>פרק ג - סעיף 9</p> <p>פרק ד - סעיף 4</p> <p>פרק ה - סעיף 5</p> <p>פרק ו - סעיף 6</p> <p>פרק ז - סעיף 1</p>	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק א, ב, ג - 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. פרק ד, ה, ו - 90 ימים, למעט אם נגרם בשל תאונה. במקרה של טיפולים הקשורים בהיריון ולידה - 12 חודשים. פרק ז - 90 ימים.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)*
פרק ג - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות השתתפות עצמית 175 ₪ לתרופה לחודש ולא יותר מ-300 ₪ בגין כל המרשמים לאותו חודש. מרשם בגין תרופה מיוחדת - 175 ש"ח לתרופה לחודש. בדיקה גנטית - 20% השתתפות עצמית. פרק ד - סעיף 6.3 פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית, שיקום הדיבור - 20%. פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן - 5,000 ש"ח. פרק ז - שירותים אמבולטוריים השתתפות עצמית 20% - סעיפים: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.11, 4.12, 4.13, 4.14. השתתפות עצמית 25% - סעיפים: 4.9, 4.10. השתתפות עצמית 15% - סעיף: 4.7.	השתתפות עצמית
רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים

רובד הרחבה מסלול ניתוחים			בסיס		עלות הביטוח
משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ש"ח פרק ג, ו, ז	משלים שב"ן פרק ג, ה, ז	מהשקל הראשון פרק ג, ד, ז	פרק א-ב		
85 ₪	114.10 ₪	215 ₪	42 ₪	חברה/	
85 ₪	114.10 ₪	215 ₪	42 ₪	בן/ת זוג ילד בוגר	
29.40 ₪	34.10 ₪	52.10 ₪	15 ₪	ילד*	
*ילד עד גיל 25. ילד שלישי ואילך - חינם.					
מדד שפורסם ביום 15.12.2024 (14234 נקודות).					
פרמיה קבועה. פרט לשינוי במעבר מילד לבוגר.					
<p>6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.</p> <p>6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם - המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.</p> <p>6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 60 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.</p> <p>6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום ממועד סיום הביטוח.</p> <p>6.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.</p> <p>6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.</p> <p>6.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.</p> <p>6.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.</p>					
המשכיות					

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק א - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל				
השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל <u>סעיף 2.1</u>	שיפוי כללי מרבי להשתלה להשתלה כהגדרתה בסעיף 3.2 חלופה 1.1.1 - עד 5,840,556 ₪ חלופה 1.1.2 - עד 3,000,000 ₪ חלופה 1.1.3 - עד 150,000 ₪	בוצעה השתלה עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא עבור ההוצאות במפורטות בסעיף 4.1 בוצעה השתלה עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי לפי הפירוט בסעיפים 4.2.1 - 4.2.7.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
ניתוח / טיפול מיוחד בחו"ל <u>סעיף 3.3-3.4</u>	טיפול מיוחד מחוץ לישראל כהגדרתו בסעיף 3.3-3.4	בוצע טיפול מיוחד עם ספק שבהסכם - שיפוי מלא לסעיפים 4.1.2-4.1.7 בוצע טיפול מיוחד עם ספק שבהסכם - שיפוי מוגבל לסעיפים 4.2.2 - 4.2.7 בוצע טיפול מיוחד עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי מלא לסעיפים 4.1.2-4.1.7 ושיפוי מוגבל להוצאות בסעיפים 4.2.2 עד 4.2.7 ועד סכום מירבי לכל מקרה ביטוח עד 1,000,000 ₪.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
הוצאות מכוסות <u>סעיף 4.2.1 עד 4.2.7</u>	<ul style="list-style-type: none"> • שיפוי בגין איתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל. • שיפוי בגין הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות הוצאות שהייה וטיסות הלוך חזור של מבוטח ומלווה אחד לצורך בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים. 	עד 300,000 ₪ עד 292,027 ₪	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
הוצאות רפואיות נלוות סעיף 2.4.1-2.4.7	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד לרבות טיפולי דיאליזה. שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. שיפוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל לביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד למבוטח ומלווה אחד, במקרה של מבוטח קטין - 2 מלווים. שיפוי בגין הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל. 	עד 250,000 ₪. ללא תיאום עד 100,000 ₪; בתיאום עם המבטח - שיפוי מלא. עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד ועד 1,500 ₪ ליום לשני מלווים. להשתלה - עד 200,000 ₪. לטיפול מיוחד - עד 175,216 ₪. 200,000 ₪.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
קצבה חודשית למועמד להשתלה סעיף 4.3.1	קצבה חודשית למועמד להשתלה, אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.	סך 4,500 ₪ סך 2,000 ₪		90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
גמלת החלמה חודשית לאחר השתלה סעיף 4.3.2	גמלת החלמה חודשית לאחר השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית, למשך תקופה של 24 חודשים.	סך 8,760 ₪		90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
פיצוי חד פעמי בגין השתלה מחוץ לישראל ללא השתתפות חברת ביטוח סעיף 5	פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח.	סך 350,000 ₪		90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
טיפול ניסיוני בחו"ל סעיף 6	שיפוי בגין הוצאות עקב טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי. איתור מוסד רפואי בו עשוי להתבצע הניסוי, הבדיקות הנלוות שלא מכוסות ע"י מממן.	30,000 ש"ח.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
	שיפוי בגין הוצאות נסיעה לחו"ל עד מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבטח ומלווה אחד, במקרה והמבטח קטין-שני מלווים.	20,000 ש"ח למלווה אחד. 40,000 ש"ח לשני מלווים.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
	שיפוי בגין הוצאות שהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול, עד 60 ימים.	800 ש"ח למלווה אחד. 1,000 ש"ח לשני מלווים.	אין	

חבות המבטח לביצוע השתלה או ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול מיוחד מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן: ההשתלה או הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח או הטיפול המיוחד אינם מהווים טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב - תרופות שלא כלולות בסל הבריאות

תרופות שלא בסל הבריאות סעיף 3	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. תרופה המוגדרת כ-off label תרופת יתום 	עד 3,000,000 ש"ח מתחדש כל שנתיים.	150 ש"ח למרשם לחדש ולא יותר מ-300 ש"ח כל המרשמים באותו חודש.	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
סעיף 2.1.5	תרופה מיוחדת	1,000,000 ש"ח ולא יותר מ-200,000 ש"ח לחודש.	175 ש"ח לתרופה לחודש.	
סעיף 3.2.4	בדיקה גנטית	עד 40,000 ש"ח	20%	
סעיף 3.2.3	טיפול רפואי הכרוך במתן התרופה	עד 409 ש"ח ליום ועד 60 יום.		

פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל סעיף 3	ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, במהלך תקופת הביטוח.	בוצע ניתוח עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.1. שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 ובסעיף 6.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
		בוצע ניתוח עם נותן שירות שאינו בהסכם, כיסוי מלא לסעיף 5.1 ושיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 וסעיף 6 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו ניתוח בישראל.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל סעיף 4	ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, במהלך תקופת הביטוח.	בוצע מחליף ניתוח עם נותן שירות שבהסכם עם או נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי מלא עבור ההוצאות במפורטות בסעיף 5.1.1 ו-5.1.2 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו מחליף ניתוח בישראל.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
התייעצות עם רופא מומחה סעיף 5.2.1	שתי התייעצויות עם רופא מומחה בישראל בקשר לניתוח לכל התייעצות.	עד 1,200 ₪.	אין	
התייעצות עם רופא מומחה סעיף 5.2.2	התייעצות אחת עם רופא מומחה מחוץ לישראל.	עד 4,000 ₪.	אין	
הטסה רפואית סעיף 5.2.3	הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת.	עד 100,000 ₪. כיסוי מלא.	אין	
הבאת מומחה רפואי לישראל סעיף 5.2.4	הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪.	אין	
שתל סעיף 5.2.5	הוצאות עלות השתל שהושתל במהלך ניתוח.	עד 60,000 ₪.	אין	
הוצאות נוספות בגין ניתוח מורכב סעיף 6	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי בגין הוצאות שכירת אחות פרטית לתקופה של עד 8 ימים, בתוך 30 ימים ממועד הניתוח המורכב. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב. 	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה או במקרה שהמבוטח קטין עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים ועד 30 ימים.	אין	
	<ul style="list-style-type: none"> שיפוי הוצאות בגין טיפולי פיזיותרפיה רפיו בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב. שיפוי הוצאות בגין שהייה במוסד החלמה המוכר בישראל אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח ולמשך 10 ימים רצופים. 	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים. 20%	אין	
		עד 400 ₪ ליום		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
	• שיפוי הוצאות בגין בדיקות והתייעצות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, לאחר הניתוח וכהמשך ישיר ממנו ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים ממועד ביצוע הניתוח.	עד 100,000 ₪	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה.
פיצוי בגין פטירת מבטוח סעיף 7	נפטר המבטוח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב אותו קבע המבטוח אם לא נקבע המוטב, ליורשיו החוקיים של המבטוח.	סך 150,000 ₪.	אין	
פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי מה"שקל הראשון" (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ סעיף 2.	ניתוח או מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח; שכר מנתח; ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח; טיפול מחליף ניתוח.	לנותן השירות שבהסכם - ינתן שיפוי מלא. לנותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי עד תקרת ספק שירות שבהסכם, כפי שמפורסם באתר האינטרנט של המבטח.	אין	90 ימים - לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. 12 חודשים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי משלים שב"ן (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>סעיף 2.</u>	<p>ניתוח או מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח; שכר מנתח; ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח;</p> <p>טיפול מחליף ניתוח.</p>	לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין ההוצאות המוכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן. במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבוטחים בשירות סדיר אצל נותן שירות בהסכם - יינתן שיפוי מלא. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המירבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. לנותן שירות שאינו בהסכם עד 1,500 ש"ח.	אין	90 ימים - לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. 12 חודשים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה.
פרק ו - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ כיסוי משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>סעיף 2.</u>	<p>ניתוח או מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.</p> <p>התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח; שכר מנתח; ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח;</p> <p>טיפול מחליף ניתוח.</p>	לאחר מיצוי השב"ן זכאות להשתתפות בגין ההוצאות המוכרות. רק מעבר למלוא הזכויות במסגרת השב"ן. במקרה של דחייה מהשב"ן וכן מקרים של מבוטחים בשירות סדיר אצל נותן שירות בהסכם - יינתן שיפוי מלא. אצל נותן שירות שאינו בהסכם - עד סכום הביטוח המירבי הקבוע כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. לנותן שירות שאינו בהסכם עד 1,500 ש"ח.	5,000 ש"ח עבור הוצאות שכר מנתח והוצאות ניתוח.	90 ימים - לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. 12 חודשים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
שירותים אמבולטוריים				
התייעצות עם רוא מומחה סעיף 4.1	שיפוי בגין התייעצות ועד 3 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, מובהר כי התייעצות כאמור לעיל לא תכלול רופא משפחה, מעקב הריון ורופא ילדים במסגרת של שגרה.	עד 1,000 ש"ח להתייעצות.	20%	90 יום.
בדיקות אבחנתיות סעיף 4.2	בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 לעיל.	עד 6,000 ₪ לבדיקות בשנת ביטוח.	20% או 1,000 ש"ח הנמוך מביניהם.	
בדיקות ושירותים להריון סעיף 4.3	<ul style="list-style-type: none"> בדיקות ושירותים לנשים בהריון כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל. שיפוי בגין ייעוץ ו/או סיקור גנטי, כמוגדר בסעיף 1.4. בהריון מרובה עוברים. 	עד 4,000 ₪ להריון עד 2,000 ₪ להריון 50% מהתקרות הרשומות לעיל.	20%	
הפרייה חוץ גופית בארץ ובחו"ל סעיף 4.4	טיפול הפרייה חוץ גופית (I.V.F.), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל.	עד 20,000 ₪ לכל ילד ועד לשני ילדים.	20%	
אביזרים רפואיים סעיף 4.5	הוצאות עבור אביזר רפואי, כמפורט בסעיף 4.5 בפוליסה.	עד 6,000 ₪ לתקופת ביטוח.	20%	
טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים סעיף 4.6	שיפוי בגין הוצאות לטיפול פיזיותרפי והידרותרפי לרבות מים מתוקים או מלוחים ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא אורטופד מומחה.	עד 150 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים לשנה.	20%	
טיפולים ובדיקות אונקולוגיות סעיף 4.7	טיפולים ובדיקות אונקולוגיות כמפורט בסעיף 4.7 בפוליסה. ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.	עד 120,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	15%	
טיפול על ידי מיקרופאגים סעיף 4.8	טיפולים ע"י מיקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח.	עד 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	אין	
מנוי לשירותי משדר סעיף 4.9	מנוי לשירותי משדר קרדילוגי בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר אוטם שריר הלב בו לקה.	עד 3,600 ₪	25%	
טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה סעיף 4.10	שיפוי בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.	עד 4,000 ₪	25%	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימאלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת האכשרה
אבחון בעיות התפתחות של ילדים <u>סעיף 4.11</u>	בגין אבחון ילד מבטוח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד	עד 2,500 ₪ לתקופת ביטוח.	20%	90 יום.
טיפול בעיות התפתחות של ילדים <u>סעיף 4.12</u>	שיפוי בגין הוצאות למטפל/ למכון עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 2-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולי/ או באמצעות בעלי חיים.	עד 120 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים.	20%	
הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין <u>סעיף 4.13</u>	שיפוי בגין הוצאות הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפגין או טכנולוגיה דומה.	עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח.	20%	
רפואה מונעת מגיל 50 ואילך <u>סעיף 4.14</u>	שיפוי הוצאות בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות.	עד 550 ₪ לבדיקה ועד 3 בדיקות לתקופת ביטוח.	20%	
הערות	<p>לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים זהים / אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.</p>			

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

1. הגדרות כלליות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח, למעט אם בפרק כלשהו מופיעה הגדרה אחרת.

- 1.1 "החברה" או "המבטח/ת" - איילון חברה לביטוח בע"מ
- 1.2 "שם בעל הפוליסה" - עמותת הייטקזון
- 1.3 "בעל הפוליסה" - מי שהמתקשר עם המבטח בהסכם הביטוח ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 1.4 "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל התנאים הכלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים/כתבי השירות שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.5 "תאריך תחילת הביטוח" - 1.1.25
- 1.6 "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.7 "הסכם הביטוח" - הסכם מיום 1.1.25 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.8 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים
- 1.9 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש.
- 1.10 "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.11 "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי שנהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר. יובהר שהגדרה זו אינה חלה על פרקים (לתת הפניה למספרי הפרקים
- 1.12 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.13 "ישראל" - שטח מדינת ישראל והשטחים המוחזקים, שהגדרתם לצורך פוליסה זו היא: שטח C ושטחי יישובים ישראליים ושטחי בסיסים או עמדות צה"ל המצויים בשטח B. למען הסר ספק, שטח A לא נכלל בהגדרת "ישראל" לצורך פוליסה זו.
- 1.14 "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב, שטח A ושטחי B שאינם יישובים ישראליים או עמדות צה"ל.
- 1.15 "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.16 "מנתח" - רופא אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.17 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.18 "אשפוז" - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.19 "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או נתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.

- 1.20. **"אח/ות"** - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.
- 1.21. **"רופא"** - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.22. **"פיזיותרפיה"** - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.23. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, על בסיס המלצה של רופא מטעם המבוטח מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.24. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קובנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.25. **"בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.26. **"יום אשפוז"** - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.27. **"אשפוז יום"** - שהייה רצופה של 12 שעות בבית חולים.
- 1.28. **"גיל" או "גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.29. **"גיל ביטוחי"** - גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. אם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות משישה חודשים, יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד למועד יום ההולדת של המבוטח, נותרו למעלה מ-6 חודשים, יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה.
- 1.30. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפי" הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו - יורשו החוקיים של המבוטח.
- 1.31. **"המבוטחים"** - חברים/גמלאים אצל בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם או חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, הכל בהתאם למוסכם בהסכם הביטוח.
- 1.32. **"מבוטחים קיימים"** - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב תחילת תקופת הביטוח בפוליסה זו.
- 1.33. **"מבוטחים חדשים"** - חברים חדשים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או חברים קיימים של בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת ו/או חברים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד, ובני משפחותיהם של כל אלה.
- 1.34. **"בני משפחה / בני משפחותיהם"** - בני/בנות זוגם של החבר (כולל בני אותו המין), לרבות ידועה/ה בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני/בנות זוגם של ילדי החבר וילדיהם (הנכדים) ובני/בנות זוגם, גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם, ילדיהם ובני זוגם ונכדיהם ובני זוגם, לרבות ידועה/ה בציבור ושאינם של גמלאי / חבר שנפטר.
- 1.35. **"שב"ן"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.36. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.37. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.38. **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

- 1.39. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבוטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.40. **"ועדת הלסינקי"** - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהן.
- 1.41. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה שהתרחשה בתקופת הביטוח.
- 1.42. **"גיל הפרישה המוקדמת"** - זכאות לקבלת גמלה מגיל 60, לגבר או אישה, כמשמעותו בסעיף 5 - לחוק גיל פרישה התשס"ד-2004.
- 1.43. **"גמלאי"** - מי שהגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדיון או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
- 1.44. **"דמי הביטוח" או "הפרמיה"** - הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבוטח על פי תנאי הפוליסה והסכם הביטוח.
- 1.45. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.46. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.47. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.48. **"תקופת (ה)בדיקה"** - תקופה של 18 חודשים אשר במהלכה נבדקת רוחיות הפוליסה ובהתאם מתבצעת התאמה לפרמיה.
- 1.49. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.50. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.51. **"צירוף אוטומטי"** - צירוף אובליגטורי על ידי בעל הפוליסה המתאפשר מאחר ובעל הפוליסה מממן את עלות הביטוח באופן מלא, כולל גילום שווי המס עבור המבוטחים או במקרה של צירוף אובליגטורי עבור מבוטחים המבוטחים בביטוח הקודם שהיה בתוקף למעלה מ-3 שנים.
- 1.52. **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר שהמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח).
- 1.53. **"תאונה"** - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

- 2.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 1.1.2025 וסיומה ביום 31.12.2029 (להלן: "תקופת ההסכם" ו/או "תקופת הביטוח").
- 2.2 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 2.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחדשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3. אופן הצטרפות

- 3.1 מבוטחים קיימים יצורפו לביטוח אוטומטי ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, ללא סייג רפואי קודם כלשהו או לעניין חריג מצב רפואי קודם להגדרתו בפוליסה, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. לכיסויים חופפים בלבד.
- 3.2 **רצף ביטוחי**
- 3.3 מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח הקודם. מבוטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף בפוליסה החדשה.
- 3.4 מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד שיצורפו אוטומטית לרובד הבסיס וימלאו טופס הצטרפות לרובד ההרחבה ויממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל החבר החדש לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה, או 90 יום ממועד חזרתו של החבר מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ת/חל"ד היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה. מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.
- 3.5 חבר שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. מועד תחילת הביטוח יהיה מועד תחילת הזכאות לצירוף.
- 3.6 תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה בחדש העוקב למועד הולדת הילד או יום אימוצו.
- 3.7 חבר אשר יבקש להצטרף לכל אחד מפרקי/מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין חברים/גמלאים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה.
- 3.8 מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.9 צירוף בני משפחה של חבר בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח החבר, למעט במקרה בו החבר נדחה מהביטוח.
- 3.10 נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הפרת חובת הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.11 הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבוטח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

3.11 על אף האמור לעיל, חברים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בששת החודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בששת החודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חרגות רפואיות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטח לא יסכה מקרה ביטוח שאירע למבוטח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הביקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות. ובלבד שיצטרפו בתוך חלון הצירוף כאמור לעיל.

3.12 מבטוח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, היינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

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

3.14 צירוף מבטוח - בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם

גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח

רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

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

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

(ב) סעיף (א) לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת

אצל המבטחת או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

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

3.15. חובת הגילוי

- 3.15.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.
- (ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.
- (ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 3.15.2 (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ולא למבוטח.
- (ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.
- (ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:
- (1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.
- (2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.
- 3.15.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:
- א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;
- ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים

- 4.1 תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח ופוליסה אלה, לגבי כל אחד מהמבוטחים, יחל בהתאם למאוחר מהסעיפים הבאים:

רובד בסיס / מלא:

- (א) מבטוח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- (ב) חבר חדש ובני משפחתו - היום בו מילא החבר טופס הצטרפות / החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ו/או נרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה.

- (ג) אלטרנטיבית - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה 15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה 16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.
- (ד) חבר ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

רובד הרחבה:

- (ה) מבוטחים קיימים - היום בו מילא החבר טופס הצטרפות.
- (ו) חבר חדש ובני משפחתו - היום בו מילא החבר טופס הצטרפות.
- (ז) חבר ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - הראשון לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.
- (ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, 3 ימים לאחר קבלת הודעת הביטול.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא החבר בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 ו/או בחל"ת של החבר והם זכאים לבחור אחת משתי החלופות שלהלן:

- 5.1 **חלופה א':** לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה עבורו ואז לא יהיו זכאים לכיסוי ביטוחי בתקופת החל"ת/חל"ד. עם שובו של המבוטח מהחל"ת/חל"ת יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או תקופת אכשרה, וזאת בתנאי שידוע לחברת הביטוח על שובו לביטוח לא יאוחר מ 90 יום ממועד סיום החל"ת/חל"ת, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו להסכם ביטוח זה.
- 5.2 **חלופה ב':** להמשיך ולשלם את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואז בזמן שהותו של המבוטח בחל"ת/חל"ת יהא זכאי לכל הכיסויים המפורטים בהסכם ביטוח זה.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)

- 6.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פטוריו, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל, ללא מגבלת גיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבוטח ראשי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.
- 6.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, יחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם - המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 6.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 60 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 6.4 המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום ממועד סיום הביטוח.
- 6.5 במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

- 6.6 היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.
- 6.7 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החדשיים.
- 6.8 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיוויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי הביטוח (פרמיות)

דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם** הינם כמפורט להלן:

רובד הרחבה מסלול ניתוחים			רובד בסיס	
משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ש"ח פרק ג, ו, ז	משלים שב"ן פרק ג, ה, ז	מהשקל הראשון פרק ג, ד, ז	פרק א-ב	
85 ₪	114.10 ₪	215 ₪	42 ₪	חברה/
85 ₪	114.10 ₪	215 ₪	42 ₪	בן/ת זוג
29.40 ₪	34.10 ₪	52.10 ₪	15 ₪	ילד בוגר
				ילד

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

** גורם משלם ואופן התשלום: **חברה/** - הפרמיה בגין רובד הבסיס במימון המעסיק ובמרוכז, לרבות גילום מס.

בני משפחה ברובד בסיס על-פי ההסכם החתום עם המעסיק. חברה/ בהרחבה ובני המשפחה - במימון החברה/ באמצעי גבייה אישי.

- 7.1 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל החברים, למעט לגבי המבוטחים מהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי המבטח באמצעי גבייה אישי.
- 7.2 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה- 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.
- 7.3 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

7.4 קביעת דמי הביטוח - תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתית:

המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הסכם הביטוח, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

- 7.4.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- 7.4.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- 7.4.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- 7.4.4 במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

7.4.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.5 התאמת דמי הביטוח

7.5.1. בתום 18 חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.

7.5.2. בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח וקביעת שיעור ההפסד/רווח תבוצע על פי הנוסחה שלהלן: **פרמיה ברוטו**: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים. **הפרמיה לחישוב**: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות (15% איילון + עמלת סוכן + עמלת יועץ). **תביעות משולמות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה. **תביעות תלויות**: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. **IBNR**: עתודות לתביעות שטרם שולמו רווח/הפסד: הפער בין הפרמיה לחישוב לבין התביעות המשולמות, התביעות התלויות ו/או בפוליסה.

7.5.3. במידה ויצא הפסד תועלה הפרמיה על פי גובה ההסכם ולא יותר מ 40%.

7.5.4. במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

8.1. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או החשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.

8.2. בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, **ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.**

8.3. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חוות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

8.4. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.

8.5. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה הוגב בנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

8.6. נפטרה המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

8.7. המבטח יודיע למבוטח בתוך 30 ימים על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 30 יום מיום שגוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יניתן על פי הצורך הרפואי.

- 9.1 מוטלת על המבוטח לפי תנאי הסכם הביטוח והפוליסה חובה לאחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, את דמי הביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו ו/או בן זוגו.
- 9.2 מבטח לא יצרף מבוטח לביטוח אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש של המבטוח, אשר תועדה ולאחר שהוצגה למבטוח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד (להלן: "הסכמה מפורשת"). במקרים שבהם ניתנת למבטוח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטוח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי.
- 9.3 האמור בסעיף 9.2 לעיל לא יחול על הסכם ביטוח ו/או פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 9.3.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 9.3.2 חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה (להלן: "רצף ביטוחי").
- 9.4 לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" הינו פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: (א) ניתוחים, (ב) תרופות, (ג) השתלות, (ד) מחלות קשות, (ה) שיניים, (ו) תאונות אישיות חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח, והדו"ע המבטוח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 9.5 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי המבטוח החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטוח אל המבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבטוח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבטוח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבטוח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטוח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבטוח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10. תחלוף (סברונציה)

- 10.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבטוח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבטוח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבטוח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 10.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבטוח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבטוח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 10.3 המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של

המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

11. ביטוח כפל

אם המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם במסגרת פוליסת ביטוח אחרת (בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר), בפוליסות שתגמולי הביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק/ההוצאה שנגרמו, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

12. תביעות

12.1. אלא אם נקבע אחרת, המבוטח ימסור למבטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי.

12.2. המבוטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם בירור חבותו של המבטח ושאותו יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.

12.3. אם ידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

12.4. יובהר שבמידה והמבוטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.

12.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

13. התיישנות תביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, למעט במקרה של קטין שאז יתחיל מירוץ ההתיישנות בהגיעו לגיל 18 ובהתאם לד"ן.

14. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצת

14.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות הממונה, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיושר עליהם הממונה;

14.2. על אף האמור בסעיף 14.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצ"ן -

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

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

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

ייתן.

- 14.3 חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.
- 14.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח ראשי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 14.5 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בסעיף 3.14 או סעיף 7.4, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 3.14; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.
- 14.5.1 חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 14.5.2 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 14.5.3 פסקה הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 14.5.4 חלה על מבטוח במועד הצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

15. ביטול הפוליסה - סעיף 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

- (א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בסעיף 3.14, והודיע המבטוח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- (ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בסעיף 3.14 או סעיף 7.4, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופונה מבטוח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבטוח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי

כאמור בסעיף 3.14 לעניין סעיף זה "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שהודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ג) על אף האמור בסעיף 2.4 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

16. תנאי הצמדה למדד

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

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

16.1.2 "המדד היסודי" - המדד האחרון שפורסם ביום כניסת ההסכם לתוקף, דהיינו המדד הידוע ביום 15.12.2024 מדד 14234.

16.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

16.2 כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

16.3 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

17. קיומם של הוראות והנחיות הצבא בנין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

18. גבול אחריות המבטח ומקום השיפוט וברירת המחלף

18.1 פוליסה זו מקנה כיסוי לשירותים רפואיים בישראל על פי הוראותיה, למעט כאמור בפרק א' ופרק ג' – על פי הוראות פרקים אלו.

18.2 על כל המחלוקות הנובעות מפוליסה זו, יחולו חוקי מדינת ישראל, ומקום השיפוט יהיה אך ורק בבית המשפט המוסמך בישראל, והדין החל הינו דין מדינת ישראל בלבד.

פרק א - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

1.	הגדרות
1.1	<p>"השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:</p> <p>1.1.1. כריתה כירורגית הוספה או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מוח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח.</p> <p>השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.</p> <p>1.1.2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.</p> <p>1.1.3. השתלת מוח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.</p> <p>1.2. "טיפול חלופי בישראל" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.</p> <p>1.3. "טיפול מיוחד מחוץ לישראל" - טיפול רפואי מחוץ לישראל, לרבות ניתוח שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיים בו תנאי אחד מהתנאים הבאים לפחות:</p> <p>1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד.</p> <p>1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו</p> <p>1.3.3. זמן ההמתנה המקובל בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.</p> <p>1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל</p> <p>1.4. "רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.</p> <p>1.5. "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתוכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תוכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.</p>

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.

3. הכיסוי הביטוחי

- הפוליסה תכלול כיסוי לפי המפורט להלן:
- 3.1 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.3.
- 3.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:
- להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.1 עד 5,840,556 ₪.
 - להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.2 עד 3,000,000 ₪.
 - להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.3 עד 150,000 ₪.
- 3.3 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2 - 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7.
- 3.4 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2 - 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

4. ההוצאות המכוסות

- 4.1 להלן פירוט ההוצאות אשר המבוטח זכאי בגינן לשיפוי מלא בכפוף לתקרות האמורות לעיל בסעיף 3.
- 4.1.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימור והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;
- 4.1.2 הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;
- 4.1.3 הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.1.4 הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל;
- 4.1.5 הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
- 4.1.6 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.1.7 הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
- 4.2 להלן פירוט ההוצאות אשר המבוטח זכאי בגינן לשיפוי בהתאם לתקרות הסכומים המופיעות לצידן ובכפוף לתקרות האמורות לעיל בסעיף 3:
- 4.2.1 הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪.
- 4.2.2 הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים. - עד 292,027 ₪.
- 4.2.3 הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪.

- 4.2.4 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ש"ח; על אף האמור, אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.
- 4.2.5 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, עד 1,000 ש"ח ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הינו קטין, עד 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני מלווים.
- 4.2.6 הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ש"ח אם הם נובעים מביצוע ההשתלה ועד 175,216 ש"ח אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
- 4.2.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ש"ח.
- 4.3 בנוסף המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין ההוצאות המפורטות להלן אך לא יותר מהתקרות המופיעות לגבי כל סכום ובכפוף לתקרות האמורות לעיל בסעיף 3.**
- 4.3.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה - אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ש"ח; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ש"ח לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 4.3.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה (למעט השתלת מח עצם עצמית) 8,760 ש"ח למשך תקופה של 24 חודשים.

5. פיצוי חד פעמי במקרה של השתלה שבוצעה מחוץ לישראל וללא השתתפות המבטח

במקרה של השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מוח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטחת - יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך 350,000 ש"ח.

6. טיפול ניסיוני בחו"ל הממומן ע"י גורם שלישי

- נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי – (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ינתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, תשתתף המבטחת במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי בחו"ל כדלקמן:
- 6.1 עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצרכי המבוטח, מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי עד סכום של 30,000 ש"ח לבעיה רפואית/טיפול.
- 6.2 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 20,000 ש"ח למבוטח ומלווה אחד ועד 40,000 ש"ח לשני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים תוכפל התקרה האמורה בסעיף זה.
- 6.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 800 ש"ח ליום למלווה ועד 1,000 ש"ח לשני מלווים.

7. חריגים

- פרק זה לא יכסה את המקרים הבאים:**
- 7.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 7.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.

- 7.3 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 7.4 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 7.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" שהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 7.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.
- 7.7 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 יום לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 7.8 טיפולי רפואה משלימה.
- 7.9 טיפולים נפשיים.
- 7.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל -
- 7.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של הריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 7.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

.8 תקופת אכשרה

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

- 1. הגדרות**
- 1.1 "בדיקה גנטית" - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות .
- 1.2 "טיפול תרופתי" - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
- 1.3 "מדינות מוכרות" - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
- 1.4 "מרשם" - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית חולים, על פי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, המינון ומשך הטיפול הנדרש;
- 1.5 "סל שירותי הבריאות" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים, לחבריהן, בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.6 "רופא מומחה" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
- 1.7 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, ובה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופת ביטוח רצופת אצל אותו מבטח;
- 1.8 "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 ;
- 1.9 "תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה;
- 1.10 "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה מכוח סעיף 29 (א) (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו-1986 ;
- 1.11 "תרופה ניסיונית" - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתיקיים לגביה אחד מאלה:
- תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו;
 - תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;
 - תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.
- 1.12 "תרופה Off Label" - תרופה, שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד המפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:
- פרסומי ה-FDA;
 - American Hospital Formulary Service Drug Information;
 - US Pharmacopoeia - Drug Information;
 - Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
- א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;

- ב. חוזק הראיות - (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
 ג. יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.
 5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines המפרסם אחד מאלה לפחות:
 א. NCCN;
 ב. ASCO;
 ג. NICE;
 ד. Esmo Minimal Recommendation.

- 1.13 "הרשות המוסמכת" - הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווקת התרופה;
 1.14 "המחיר המרבי המאושר לתרופה" - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

2. מקרה הביטוח

- מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:
 2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:
 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
 2.1.3 תרופה OFF LABEL;
 2.1.4 תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
 2.1.5 תרופה מיוחדת.
 2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1 בקרות מקרה ביטוח תשפה החברה את המבוטח בגין עלות טיפול תרופתי, כאשר סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לתרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על-פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.
 3.2 פוליסת תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש אחת לשנתיים במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
 3.2.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.4 ו-2.1.1 עד 3,000,000 ₪.
 3.2.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ ולא יותר מ-200,000 ₪ בחודש.
 3.2.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1 אם נטילת תרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 409 ₪ ליום ועד 60 ימים.

- 3.2.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3.3 הסכומים המפורטים בתנאים בסעיף "תנאי הצמדה למדד".

4. השתתפות עצמית

- 4.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בגין מקרי ביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.4 הינו 175 ש"ח לתרופה, לאותו חודש.
- 4.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 הינו 175 ש"ח לתרופה, לאותו חודש.
- 4.3 על אף האמור בסעיפים 4.1-4.2 לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ- 5,000 ₪.

5. חריגים

- פרק זה אינו מכסה את המקרים הבאים ואת התרופות הבאות:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, פוריות, עקרות, אין אונות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
- 5.5 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה ממשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם) התשס"ד – 2004.
- 5.7 תרופה ניסיונית.
- 5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות קוסמטיקה או אסתטיקה.
- 5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.
- 5.10 טיפול תרופתי מניעתית לתסמונת הכשל החיסוני (AIDS) למעט עבור מבוטחים שהינם נשאים או חולים.
- 5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.12 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.14 קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים, התש"ל 1973 ויבהר כי החריג לא יכול לתרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6. תום תקופת הביטוח

- 6.1 תוקף פוליסה זו לגבי כל מבוטח ותקופת הביטוח של פוליסה זו יבואו לידי סיום ויפוגו מאליהם בקרות אחד המקרים דלהלן, הקודם מביניהם:
- 6.2 במועד בו מוצה סכום השיפוי המרבי על פי נספח זה.
- 6.3 בקרות אחד מהמקרים המפורטים בתנאים הכלליים של הפוליסה.

7. תקופת אכשרה

בפוליסה זו תחול תקופת אכשרה בת 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1.	הגדרות
1.1	"התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
1.2	"טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
1.3	"ניתוח" - פעולה פולשנית-חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
1.4	"ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות;
1.5	"רופא מומחה" - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
1.6	"רופא מומחה בישראל" - רופא השרשיות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
1.7	"שתל" - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
1.8	"תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
2.	מקרה הביטוח
2.1	מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל, ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.
2.2	לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
3.	חבות המבטח עבור ביצוע ניתוח מחוץ לישראל
3.1	בקרות מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השרות או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח כמפורט להלן:
3.1	עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה - כיסוי מלא עבור

הוצאות המפורטות להלן בסעיף 5.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 ובסעיף 6 ופיצוי כאמור בסעיף 7.

3.2 עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נתן שירות שאינו בהסכם עם החברה - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן בסעיף 5.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 ובסעיף 6 ופיצוי כאמור בסעיף 7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.

לעניין זה "עלות הניתוח בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של החברה לאותו הניתוח בישראל. במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של החברה, תחושב עלות הניתוח בהתאם לעלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4. חבות המבטח עבור ביצוע טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל

עבור טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נתן שירות שבהסכם עם החברה ובין שבוצע אצל נתן שירות שאינו בהסכם עם החברה - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 5.1.1, 5.1.2 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.

לעניין זה "עלות הניתוח החלופי בישראל" - הסכום המפורסם באתר האינטרנט של החברה לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל. במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של החברה, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, בהתאם לקביעת רופא החברה ועל פי אמות מידה רפואיות מקובלות.

5. הוצאות המכסות

5.1.1 הלהלן פירוט הוצאות שעלותן תכוסה במלואה (בכפוף לאמור בסעיפים 3-4):

- 5.1.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל.
- 5.1.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 5.1.3 עלות הטסת גופת המבטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.
- 5.1.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב:
 - א. כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה. במקרה שהמבטח קטין - כיסוי מלא במחלקת תיירים למבטח ולשני מלווים.
 - ב. הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.

5.1.5 הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

5.2. הלהלן פירוט הוצאות שעלותם תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידי (בכפוף לאמור בסעיף 3):

- 5.2.1 הוצאות שתי התייעצויות עם רופא מומחה בישראל בקשר לניתוח עד סך של 1,200 ₪ לכל התייעצות.
- 5.2.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.
- 5.2.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.
- 5.2.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.
- 5.2.5 הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪.

6. הוצאות נוספות בגין ניתוח מורכב

- 6.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 שקלים חדשים ליום.
- 6.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 שקלים חדשים ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין עד 1,500 שקלים חדשים ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 יום.
- 6.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 שקלים חדשים לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.
- 6.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלבנטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 שקלים חדשים לכל יום.
- 6.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 שקלים חדשים.

7. פיצוי בגין פטירת המבוטח

נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב אותו קבע המבוטח אן אם לא נקבע המוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

8. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

9. חריגים

- לא יהיה כיסוי והחברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 9.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 9.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
 - 9.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
 - 9.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 9.5 מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 יום לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
 - 9.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם) התשס"ד - 2004.
 - 9.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של הריון, לידה, עקרות פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 9.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה למעט הניתוחים הבאים:
 - א. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
 - ב. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

- 9.9 טיפולי רפואה משלימה.
- 9.10 טיפולים נפשיים.
- 9.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
- 9.12 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומם לביצועם. לענין זה "ועדת הלסינקי עליונה" – "הועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א – 1980.
- 9.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון MRI ו-CT, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

1. הגדרות לפרק זה:

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחולנה ההגדרות שלהלן:

1.1. **"בית חולים פרטי"** - אחד מאלה:

(1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.2. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;

1.3. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;

1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.

1.5. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;

1.6. **"קופת חולים"** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.

1.7. **"רופא מומחה"** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;

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

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. **שלוש (3) התייעצויות בכל שנת ביטוח.** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו;

3.2. **שכר מנתח.**

3.3. **ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז,

בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח;

3.4. **טיפול מחליף ניתוח** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

אם יבחר המבוטח לבצע את הפרוצדורות לעיל, עם ספקים שאינם בהסכם עם המבטח, תשפה החברה את המבוטח עד לתקרת ספקים שבהסכם כפי שמופיעה באתר האינטרנט של החברה www.ayalon-ins.co.il.

4. חריגים

פרק זה מחרוג את המקרים הבאים:

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

4.5. השתלה. לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.

4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הסינטיקלי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הסינטיקלי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

4.7. מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות ישירה בעל אופי צבאי;

4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

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

5. תקופת אכשרה

א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

ב. על אף האמור בסעיף קטן א', תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית)

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ד)

1. הגדרות:

- 1.1 "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - 1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות;
- 1.5 "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.7 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 "שתל" - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי;
- 1.9 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח

ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח, לאחר מיצוי הזכאות עם השב"ן.

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1 תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).
- 3.2 לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן ובהתאם למפורט בסעיף 3.6 להלן.
- 3.3 קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

- 3.4 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסעיף 3.2 להלן.
- 3.5 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר בתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.
- 3.6 המבטח יכסה את ההוצאות הבאות, לאחר המיציג עם השב"ן כאמור בסעיף 3.2:**
- א. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
 - ב. בהתייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על 1,500 ₪ להתייעצות.
 - ג. הוצאות שכר מנתח;
 - ד. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;
- ד.1. במקרה של נותן שירות שבהסדר עם המבטח במועד הניתוח, כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.
- ד.2. במקרה של נותן שירות שאינו בהסדר, הכיסוי על פי סעיפים א. ו-ב. יכלול שכר מנתח ואת מלוא ההוצאות כאמור בסעיף ד.1. לעיל, עד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר, כמפורט באתר האינטרנט של המבטח.
- ה. הוצאות טיפול מחליף ניתוח. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח, אם לאחר הטיפול המחליף ניתוח יזדקק המבוטח לניתוח.

4. מעבר לפוליסת המשך

- מבוטח שבוטלה חברותו בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים בתכנית, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון (להלן: "פוליסת המשך") במקרים כאלה יעביר המבטח את המבוטח לפוליסת המשך שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאי:
- (1) סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת,
 - (2) מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת – בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).
- הפרמיה שתשולם על ידי המבוטח בפוליסת המשך תהא הפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת בפוליסת ניתוחים מהשקל הראשון. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה

- המבטח לא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:
- 5.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
 - 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
 - 5.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

5.3.1	ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
5.3.2	ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
5.4	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
5.5	השתלה . לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
5.6	ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
5.7	מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופי צבאי;
5.8	מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
5.9	מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6. תקופת האכשרה

- א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה שהתרחשה בתקופת הביטוח.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן א', תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

פרק 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח

(פרק זה יחול על מבוטח שבחר בכיסוי משלים זה במקום הכיסוי הביטוחי המפורט בפרק ד או ה)

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1. "בית חולים פרטי" - אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.2. "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3. "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4. "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6. "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.7. "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושללים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9. "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבוטח.

2. מקרה הביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1. תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).
- 3.2. לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן ובהתאם למפורט בסעיף 3.4 להלן.
- 3.3. קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

- א. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסעיף 2.3 להלן.
- ב. במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר בתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

3.4 המבטח יכסה את ההוצאות הבאות:

3.4.1 המבטח יחזיר למבוטח הוצאות עבור שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

בהתייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יחויב המבוטח זכאי להחזר עד לסכום ביטוח מרבי שלא יעלה על 1,500 ₪ להתייעצות;

3.4.2 הוצאות שכר מנתח;

3.4.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;

3.4.3.1 במקרה של נותן שירות שבהסדר עם המבטח במועד הניתוח, כיוון זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום –ניתוח.

3.4.3.2 במקרה של נותן שירות שאינו בהסדר, הכיסוי על פי סעיפים 3.4.2 ו-3.4.3 יכלול שכר מנתח ואת מלוא ההוצאות כאמור בסעיף 3.4.3.1 לעיל, עד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר, כמפורט באתר האינטרנט של המבטח.

3.4.4 טיפול מחליף ניתוח. כיוון זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

4. מעבר לפוליסת המשך

מבוטח שבטולה חברות בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים בתכנית, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות למבטח בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון (להלן: "פוליסת המשך") במקרים כאלה יעביר המבטח את המבוטח לפוליסת המשך שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי המבטח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאי:

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

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

הפרמיה שתשולם על ידי המבוטח בפוליסת המשך תהא הפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים אצל המבטח באותה עת בפוליסת ניתוחים מהשקל הראשון. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

5. השתתפות עצמית

5.1 המבוטח יישא בהשתתפות עצמית של 5,000 ₪ בגין הכיסוי המפורט לעיל בסעיפים 3.4.2 שכר מנתח ו-3.4.3 הוצאות הניתוח.

5.2 המבוטח ישלם את ההשתתפות העצמית למבטח או לנותן השירות - על פי הנחיות המבטח,

- כתנאי לקבלת השירות. במקרה של שיפוי המבוטח, המבטח יהיה רשאי לקזז מהשיפוי את ההשתתפות העצמית.
- 5.3 במקרה שבו עלות הניתוח נמוכה מגובה ההשתתפות העצמית, על פי ההסדר שבין המבטח לבין נותן השירות המבוקש על ידי המבוטח, יאפשר המבטח למבוטח לעבור את הניתוח במחיר שקבוע בהסדר שבין המבוטח לנותן השירות האמור.
- 5.4 מובהר כי ההשתתפות העצמית תחול רק במקרה בו הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מתבצע באמצעות המבטח.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה

פרק זה לא יסכה את המקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, או במהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית;
- 6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
- 6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40;
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5 השתלה; לעניין זה, "השתלה" - כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב פעילות ישירה בעלת אופי צבאי;
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

7. תקופת אכשרה

- א. תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהיה 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן א לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להיריון או ללידה תהיה 12 חודשים.

1. חריגים כלליים

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי פרק זה, על כל פרקי המשנה שלו, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

- 1.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח, ובתוך תקופת האכשרה, במידה ומוגדרת תקופת אכשרה, בכל אחד מפרקי הפוליסה.
- 1.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה על רקע לאומני, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 1.3 כל מקרה ביטוח הקשור בשיניים
- 1.4 פעילות ספורטיבית מקצוענית ששכר בצידה.
- 1.5 שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא).
- 1.6 מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 1.7 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 1.8 טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון (למעט הכיסויים הנקובים בפרק האמבולטוריו).
- 1.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים, שאינם נובעים מצורך רפואי. מובהר שהמקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ יים; ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לתיקון גניקומסטיה אצל גבר, ניתוח לרבות הזרקות למניעה של הזעת יתר, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר או תרופה לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יש BMI גבוה מ-36 והוא סובל ממחלה כרונית כגון מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות או שברים, תאונות ו/או ניתוחים שאירעו במהלך תקופת הביטוח, כמו גם ניתוח לתיקון חייך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מיומה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רבייה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה; ניתוח לתיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר יכוסה אם קיימת אינדיקציה רפואית ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים לביצוע הניתוח כפי שנקבעה ע"י רופא עיניים מומחה, אשר לא יבצע את הניתוח ואינו קשור במכון הרפואי שבו מבוצע הניתוח.
- 1.10 טיפולים ניסיוניים המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.
- 1.11 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 ;

2. הגדרות לפרק זה:

2.1 "בדיקות מבחנתיות" - בדיקות מעבדה (כגון בדיקות דם, הפרשות, תאים, רקמה ביולוגית אחרת וכיו"ב בארץ או בחו"ל), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה, כולל אולטרסאונד (U.S.), לרבות בדיקת פיברוסקאן, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (MRI) בדיקת טומוגרפיה Capsule Wireless (P.E.T.), Endoscopy, תהודה מגנטית פונקציונלית (fMRI), מפיפי וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון ו/או מניעה ו/או למעקב ו/או לקביעת דרכי טיפול. במקרה שבדיקה האבחנתית כוללת מרכיב של בדיקה מעבדתית המבוצעת בחו"ל יכוסה גם אם המרכיב המעבדתי המבוצע בחו"ל.

- 2.2 "ניתוח גדול" - ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה, ניתוח מוח מכל סוג שהוא וכל ניתוח אחר בו היה באושפז המבוטח 5 ימים רצופים לאחר הניתוח.
- 2.3 "בדיקות ושירותים להיריון" -
1. בדיקת חלבון עוברי.
 2. בדיקת שקיפות עורפית.
 3. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר.
 4. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסיה שליה לרבות צ'פי גנטי.
 5. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
 6. בדיקת אקו לב של העובר.
 7. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה.
 8. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.
 9. התייעצויות המבוטחת עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההיריון.
- 2.4 "בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון" - כגון סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקונון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.
- 2.5 "מוסד החלמה" - מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפיקוח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות
- 2.6 "פיזיותרפיה/הידרותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 2.7 "הספק" או "ספק השירות" - כל גורם, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי פוליסה זו.
- 2.8 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים. התקופה הראשונה מתחילה במועד הקובע.
- 2.9 "המועד הקובע" - מועד כניסתה לתוקף של הפוליסה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כמוגדר בכל אחד מהכיסויים, אשר מחייב על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה ביצוע בדיקות ו/או התייעצויות ו/או שירותים הנכללים בפרק זה (להלן: "השירותים"). מובהר בזאת כי השירותים המפורטים להלן יינתנו אך ורק בישראל.

4. פירוט הכיסויים

4.1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח המבטח ישפה את המבוטח בגין שלוש (3) התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, בגין התשלום המלא או החלקי ששילם עבור התייעצות, ועד לתקרת החזר בסך 1000 ₪ להתייעצות ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מעלות התייעצות. היה וידרוש המבוטח מהמבטח שיפוי רק בגין חלק מעלות התייעצות, יקוזז הסכום עליו "וויתר" המבוטח מההשתתפות העצמית אותה נדרש לשלם. מובהר כי התייעצות תכלול גם התייעצות אצל גנטיקאי, פרמקולוג ופסיכיאטר, וכן רופא גניקולוג מומחה למעקב להריון ובלבד שההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי ושהרופא הוא אינו הרופא הקבוע המבצע את מעקב ההריון וכן התייעצות עם רופא מומחה לילדים לצורך בירור בעיה רפואית חריגה של ילד ובלבד שהרופא

הוא לא רופא הילדים המטפל בילד המבוטח באופן קבוע וההתייעצות אינה נדרשת למעקב שגרתי.

4.2 בדיקות אבחנתיות: המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות ביצוע בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 1.1 להגדרות פרק זה לרבות עלויות נלוות לקיצור התור ועד סך של 6,000 ₪ בגין בדיקות לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% או 1,000 ₪, הנמוך מביניהם, **ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב, המפרטת את הבעיה הרפואית.**

4.3 בדיקות ושירותים להריון: המבטח ישפה את המבוטחת ההרה או ישלם ישירות לספק השירות תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציאה בפועל בגין בדיקות ושירותים להריון כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ההרה ו/או בן הזוג להורות ועד 4,000 ₪ להריון ובגין ייעוץ ו/או בדיקות לסיקור גנטי, כולל המוגדר בסעיף 1.4 שנעשו ע"י המבוטח או המבוטחת ו/או בת הזוג להורות ועד 2,000 ₪ להריון. בהריון מרובה עוברים התקרות תהיינה 50% מהתקרות הנקובות לעיל.

4.4 טיפולי פריון לרבות הפריה חוץ גופית בארץ ובחול: המבטח ישפה את המבוטח/ת ב 80% מהסכום ששילם/ה בפועל, בארץ או בחו"ל, עבור בדיקות ו/או טיפולי פריון, לרבות הפריה חוץ גופית (IVF) ו/או הזרעה ו/או שאיבה ו/או הקפאה של ביציות, כולל לצורך שימור ו/או פעולות חודרניות ברחם ו/או או בחצוצרות ו/או פעולות חדרניות באשך, לרבות עלות ההקפאה ו/או קבלת תרומת ביציות ו/או זרע ו/או השבחת זרע ו/או מיון תאי זרע, למבוטח/ת ו/או בן/בת הזוג המבוטח בפוליסה להורות וכל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטח/ת ו/או בת הזוג המבוטחים בפוליסה להורות להריון תקין, **בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה ועם אינדיקציה רפואית,** וזאת עד תקרה בסך 20,000 ₪ לכל ילד ועד שני ילדים.

4.5 אביזרים רפואיים: המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות עבור אביזר רפואי, כולל במהלך אשפוז/מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Ararscol 10 Agrelief), מכשיר למדידת לחץ דם (Nevrogar), מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית/פנימית לשד מכל סיבה רפואית, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות מיוחדות כולל עדשות מגע ניידות כגון ולא רק עדשות מסוג Phakic IOL או עדשות טלסקופיות או אחרות, במקרים של קרטוקונוס או קוצר ראייה גבוה מעל 7 או קוצר ראייה לא גבוה בשילוב קרניות דקות, או מצב לאחר השתלת קרנית או ריפוי קרנית וכן במקרים של הפיראופיה גבוהה או אסטיגמטיזם מעל 2.5. שתל קוליארי, נעלים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולים, כולל חולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות ו/או חולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל, משאבת אינסולין, גלוקומטר, חגרות בקע, מקלונים לבדיקת סוכר, או כל אביזר אחר ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. ההחזר הינו עד הסכום 6,000 ₪ לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.6 טיפולי פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות המבצע את טיפולי הפיזיותרפיה ו/או ההידרותפיה לרבות במים מתוקים או מלחים עד 150 ₪ לטיפול ולא יותר מ-12 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% **ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא מומחה.**

4.7 טיפולים ובדיקות אונקולוגיות: המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או הפירטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית כגון ולא רק ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים או גלי קול או גלים מגנטיים או זרם חשמלי לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות קסדת novocure או דומה לה, טיפולי הימופילטרציה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביוד רדיואקטיבי, טיפולים בקרינו וטיפולים בקירור למניעה של נשירת שיער וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח לרבות החדרת גל להפחתת רמות קרינה באברים סמוכים והחדרת גרגירי זהב להעלאת רמת הדיוק של הקרינה. כמו גם בדיקות הדמיה עם סומטוסטטין. כמו גם שמירת מח עצם ו/או הקפאת ביציות וזרע לשימור אצל חולה אונקולוגי.

המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מסכום

- הביטוח המרבי למקרה ביטוח בסך 120,000 ₪ לכל שנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 15%. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים הנ"ל שעבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל **ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.**
- 4.8 **טיפול ע"י מקרופאגים:** המבוטח יהיה זכאי לטיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח עד 10,000 ₪ לתקופת הביטוח.
- 4.9 **מנוי לשירותי משדר קרדיוולוגי:** המבטח ישתתף בהוצאות מנוי לשירותי משדר קרדיוולוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר, בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 75% מההוצאות בפועל, ועד לסך כולל של 3,600 ₪.
- 4.10 **טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה:** המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום 4,000 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% **ובלבד שהבדיקה לצורך התאמת האביזר או הטיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.**
- 4.11 **אבחון בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למכון שבהסכם בגין אבחון ילד מבוטח מגיל 3-16 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במקום מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לתקופת ביטוח, וכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 4.12 **טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים:** המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות למטפל/למכון עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 2-16 שאובחנו ע"י מומחה לנוירולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה. הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול בתנועה, באומנות, במוזיקה, ברכיבה טיפולית, הוראה מתקנת, שחיה/ספורט טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים, ועד 120 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 12 טיפולים בשנה.
- 4.13 **הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה:** המבטח ישפה את המבוטחת ההרה או ישלם ישירות לספק השירות בגין הפסקת הריון הנדרשת על רקע רפואי, עד לשבוע השביעי להריון, באמצעות גלולת מייפיגין או טכנולוגיה דומה עד סכום 4,000 ₪ למקרה ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.
- 4.14 **רפואה מונעת מגיל 50 ואילך:** המבטח ישפה את המבוטח בעבור בדיקות לרפואה מונעת כמפורט להלן: אקו לב ודופלר של עורקי הצוואר, בדיקת משטח צוואר הרחם, צפיפות העצם, בדיקת PSA ובדיקת לחץ תוך עיני, תפקודי ריאות, עד 550 ₪ לכל בדיקה ועד 3 בדיקות לתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

5. תקופת אכשרה

90 ימים.

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

תביעה הינה בקשה להחזר הוצאות המבוטח / תגמולי ביטוח או בקשה להתחייבות לספק המשלומים/ מונפקים ע"י המבטח בגין אירוע ביטוחי המכוסה במסגרת הפוליסה ותנאיה.

מה לעשות במקרה של תביעה?

- יש לפנות לחברת הביטוח באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון: 1-800-35-2001 או במייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il.
ימים ושעות פעילות: ימים א' - ה' בין השעות 8:00 – 17:00.
ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או בחשבון האישי המקוון.
על מנת שנוכל לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:
- 1. טופס תביעה - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי, תאונות אישיות).**
- 2. מייל להתכתבות -** במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.
- 3. קבלות מקור -** תשלום תביעה יינתן בכפוף לקבלות מקור) לא רלוונטי לפוליסות חדשות או מתחדשות החל מה-1.9.2017).
- חשוב מאוד לא ישולמו תגמולי ביטוח כנגד חשבונית עסקה.
- 4. כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול -** יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול / טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.
- 5. במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18 -** במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף צילום צ'ק משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.
- 6. ניתוחים עתידיים -** החל מ-01.09.18 יש להעביר ניתוחים עתידיים למייל הייעודי mail-briutms@ayalon-ins.co.il. לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.
- 7. יתר התביעות -** יש להעביר לכתובת המייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il
לבירור סטטוס תביעה יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1800-35-20-01 או לקו הייעודי של הקולקטיב ו/או למייל ייעודי mokedbriut@ayalon-ins.co.il

הייטק סוכנות לביטוח

טלפון 03-6470002

דוא"ל: office@ht-ins.co.il

www.ht-ins.co.il

ימים א' עד ה', בין השעות 8:00 עד 16:30

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

טלפון: 073-7517274

דוא"ל: freshconcept@udif.co.il