

ביטוח בריאות קבוצתי **לעובדי תראמור** ולבני משפחתם





# תוכן עניינים

גילוי נאות	2-17
תנאים כללים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה	18-35
פרק א' – השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל	36-40
פרק ב' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות	41-44
פרק ג' 1 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה	45-47
פרק ג' 2 – כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה.	48-51
פרק ד' – ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.	52-55
פרק ה' – שירותים רפואיים נוספים.	56-61
פרק ו' – כתב שירות אבחון מהיר	62-69
דף רשימה	70



# תמצית תנאי הביטוח- לעובדי תראמור אינטרנשיונל בע"מ ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי תראמור אינטרנשיונל בע"מ	שם הביטוח
תראמור אינטרנשיונל בע"מ- ח.פ 513956060	שם בעל הפוליסה
השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- פוליסה אחידה. כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל שירותים רפואיים נוספים כתב שירות אבחון מהיר	סוג הביטוח
(5) 29/09/2028- 30/09/2023	תקופת הביטוח
כיסויי הפוליסה: פרק א' - השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. פרק ג' 1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- פוליסה אחידה. פרק ג' 2 - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה. פרק ד'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ה'- שירותים רפואיים נוספים. פרק ו'- כתב שירות אבחון מהיר.	תיאור הביטוח
כמפורט בס' 7, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: תרופות (ס' 4), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (ס' 4), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ס' 4), כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה (ס'6), שירותים רפואיים נוספים (ס' 24.5).	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלות (ר' סע' 4.12, 4.13, 4.14, 5.2, 5.2) . פרק ניתוחים בחו"ל (ר' סע' 2.8, 2.8).	גובה הפיצוי הכספי שאקבל

תמצית פרטי הפוליסה			
	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) <sup>1</sup>		
	אור הכיסויים בפוליסה להלן.	קיימות, כמפורט תי	השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	שם הכיסוי	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
+		השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל	
+		תרופות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	
+		שירותים רפואיים נוספים	

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

	פרטי הפוליסה	תמצית			
מסלול ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים ב מחליפי ניתוח פרטיים ש בישראל וט		עלות הביטוח		
回 101.50	₪ 102.50	עובד/ת			
回 101.50	₪ 102.50	בן/בת זוג			
回 27.50	₪ 29.50	ילד עד גיל 25			
回 101.50	₪ 102.50	ילד מעל גיל 25			
ילדים מאותה משפחה ילדים מאותה משפחה	שלישי ואילך חינם- ההטבר צטרפות הורה אחד ושני נתי זה אשר הצטרפו ומשלנ				
תעודת זהות של לפחות	ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודח אחד ההורים המבוטח בפוליסה.				
י ביטוח באופן אוטומטי תאמה, שעד למועד זה בה תמיד יהיו שני ילדים	רך כל תקופת הביטוח. בנ ' (גיל 25 ומעלה), יגבו דמ עבור ילד אחד או יותר, בה לומר בשביל לקבל את ההט :ורם משולמים דמי הביטוח				
נאמת הפרמיה המפורט על שוק ההון. השירות של המבטחים	בלה וצמודה למדד המחיר /15/09 וכן בכפוף לסעיף הר 'שינויי באישורו של הממונה בין מחירי הביטוח וציון מדד טוח הבריאות באתר רשות <i>ע</i>	שפורסם ביום 2023' בסעיף 5 לפוליסה ול באפשרותך להשוות			

מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.

# תיאור הכיסויים בפוליסה

'ל	פרק א' – השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
-	ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם. עד 5,000,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם.	o' 3.1: השתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם.	השתלות איברים שנלקחו מגופו של אדם	
-	₪2,500,000 עד	o' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח והשתלת איבר אשר נלקחו מבעל חיים	השתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים	
-	ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עד 1,000,000₪ במכרזים רפואיים שאינם בהסכם.	o' 3.3: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות מהתנאים המפורטים בס' 1.3	טיפול מיוחד בחו"ל	
-	-	o' 4.1: טיפול רפואי בחו"ל שניתן למבוטח במסגרת אשפוז, כולל שכר הצוות הרפואי, בדיקות, שירותי מעבדה ותרופות	הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז	
-	-	o' 4.2: לפני או במהלך או אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד.	הוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז	
-	-	o' 4.3: לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ולאחר השתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.	הוצאות אשפוז בחו"ל	

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	-	4.4 '0. הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד וזאת על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד.	הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל
-	-	o' 4.5 עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב בטיסה מסחרית רגילה, למבוטח ולמלווה אחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות הטיסה כמפורט לעיל עבור שני מלווים.	הוצאות נסיעה לחו"ל
-	-	o' 4.6: מבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה לפי המקרה.	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית
-	-	ל- 4.7 :למבוטח ולמלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. במקרה של ילד , יכוסו הוצאות שהייה לילד ולשני מלווים.	הוצאות שהייה סבירות
-	-	o' 4.8 :אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל	הוצאות הטסת גופה
-	-	o' 4.9: במקרים מיוחדים בהם יוחלט על הבאת מומחה רפואי מחו"ל בהסכמה בין המבוטח לבין חברת הביטוח.	הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל
-	-	o' 4.10: הוצאות רפואיות בגין קציר איברים הנעשות עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות לאיתור תורם האיבר, בדיקות הערכה תפקודית.	שימור האיבר והעברתו

אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	-	o' 4.11: תשלום לרופאים ומוסדות עבור הערכה תפקודית לפני או שנה אחרי ביצוע השתלה או טיפול מיוחד.	הערכה רפואית
-	6,000 ₪ (למעט השתלת קרנית)	o' 4.12 :גמלה שתשולם לאחר ביצוע ההשתלה ולמשך 24 חודשים.	גמלת החלמה
-	-	o' 4.13: ביצע טיפול מיוחד בחו"ל זכאי לפיצוי חד פעמי בגובה 10,000 ₪	פיצוי בעבור טיפול מיוחד
-	3,500 ₪ עד לביצוע השתלה בפועל ולא יותר משישה חודשים.	o' 4.14: מבוטח זקוק להשתלה ומרותק למיטתו זכאי לקצבה חודשית	קצבה למבוטח הזקוק להשתלה
-	-	o' 5.1: ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי של 350,000 ₪, למעט השתלת מח עצם עצמית או קרנית	פיצוי טרום השתלה
-	-	o' 5.2: ישולם פיצוי חד פעמי של 300,000 ₪ לאחר ביצוע השתלה למעט השתלת מח עצם עצמית או קרנית.	פיצוי חד פעמי לאחר השתלה

וילת עצמית ניתן קבל ל	אחרי כ זמן מתח הביטוח לתבוע ול תגמו (אכשר	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי		שם הכיסוי
DI 200	-	_			
השתתפות עצמית לחודש לכל לכל יחד לחודש. המרשמים לתרופות למחלות למחלות לא תנוכה השתתפות עצמית.		3,000,000 ₪ לכל מקרי הביטוח, לתקופת הביטוח.	ופות הנכללות (ר' תרופה שאיננה מלולה בסל שירותי הבריאות ואשר פי ההתוויה היפואית לטיפול המבוטח בידי המבוטח בידי המבוטח בידי המפורטות בסעיף. המפורטות בסעיף. מסל שירותי איננה מוגדרת עפ"י הבריאות אשר הבריאות לטיפול הבריאות לטיפול הבריאות לטיפול הבריאות ליפול הבוטח ואושרה במצבו הרפואי של הבוטח ואושרה המבוטח ואושרה המבוטח על ידי הרפואי של המבוטח על ידי הרוואי של מחר מהרשויות המבוטח על ידי הרוואי של המבוטח על ידי הרוואי של המבוטח על ידי הרוואי של המבוטח על ידי המוגדרת המפורטות בסעיף. מרופה המוגדרת בתהליכי רישום בתהליכי רישום	טעיף 3.1 3.2 3.3 3.4	תרופות

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
ש 200 ₪ השתתפות עצמית לחודש לכל המרשמים יחד לחודש. לתרופות למחלות אונקולוגיות לא השתתפות עצמית.	-	סכום השיפוי המרבי יהיה חמרבי יהיה במקרה סרטן לתקופת ביטוח ולאחר הוכחת יעילות ל-3,000,000  שאיננו מחלת במקרה הסרטן- עד הסרטן- עד לכל מקרי ביטוח לתקופת	תרופה הניתנת מכוח סעיף 29ג'	
	-	עד 160 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח	o' 3.10: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה	שירות/ טיפול נלווה למתן תרופה

ידה	שראל- פוליסה אחי	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בי	1 'פרק ג'
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ו הכיסוי תיאור הכיסוי	
	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1,500 ₪)	o' 3.1 : 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח
	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	o' 3.2 :שכר מנתח לביצוע הניתוח <b>שהנו נותן שירות</b> <b>שבהסכם בלבד</b>	שכר מנתח
90 יום למעט מקרים של הריון או לידה ב 12 חודשים	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	3.3 'o לרבות :שכר רופא מרדים ;הוצאות חדר ניתוח ;ציוד מתכלה; שתלים ;תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח ; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום-ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית
	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	o' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	טיפול מחליף ניתוח

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה <u>אחידה</u> לביטוח ניתוחים.

כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן , תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבל וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

תוח בישראל	פרק ג' 2 - משלים שב"ן –כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה			
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי ( 1,500 ₪ )	o' 3.1:3 התייעצויות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1.נותן שירות שבהסכם ; 2.נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי .	התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	
90 יום	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	o' 3.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד;	שכר מנתח	
יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	o' 3.3: לרבות :שכר רופא מרדים ;הוצאות חדר ניתוח ; ציוד מתכלה; שתלים ; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח ;הוצאות האשפוז (כולל אשפוז טרום-ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.	הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	
	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המירבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	o' 3.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם ; 2. נותן שירות אחר	טיפול מחליף ניתוח	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה אידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה אציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח. למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי הישב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו מולכים מדמי ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם טיפולים מחליפי ניתוח בישראל" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפקש לעבור לכיסוי ביטוח "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

	פרק ד' – כיסוי לניתו	חים וטיפולים מחז	יפי ניתוח בחו"ל	
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח בחו"ל /	סעיף 1.2 ביצוע	באמצעות נותו ע	ירותים שלא בהס	.DO
מחליף ניתוח	ניתוח בחו"ל או		פול מיוחד בחו"ל	
בחו"ל	ביצוע טיפול מחליף	הניתוח או הטיפוי	ל ולא יותר מ- 00%	20 משווי הניתוח
ושירותים	ניתוח בחו"ל.	או הטיפול בארץ		
רפואיים				
מנתח/מרדים	2.1 'o	-	-	-
הוצאות בית חולים בחו"ל	ס' 2.2 הוצאות בגין ר והוצאות אשפוז כולל שתל(הוצאות שתל- נ תקרה של 50,000 נ	הוצאות מוגבל לעד	-	-
הוצאות טיסה	ס' 2.3: הוצאות	לשהייה - עד	-	_
ושהייה	טיסה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה קטין- כיסוי מלא ל 2 מלווים). הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או לקטין	800 ₪ ליום למבוטח ו- 800 ₪ למלווה. למבוטח קטין כולל עד 2 מלווים – עד 1,200 לכל		
הטסה רפואית	o' 2.4: במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל.	-	-	-
כיסוי להוצאות הטסת גופה	o' 2.5: כיסוי מלא במקרה שנפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל תוך 7 ימים מיום שהותו מבית החולים בחו"ל.	₪ 30,000 עד	-	-

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	-	-	o' 2.6: יינתן פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪ אם משך האשפוז בחו"ל יעלה על 10 ימים רצופים.	פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול
20%	-	7,500 ₪ עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש.	' 2.7: מעל 10 ימי אשפוז בתקופה של עד 3 חדשים לאחר הניתוח ל:ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים	שיפוי לאחר אשפוז ממושך
20%	-	עד 10 ימים ועד 700 ₪ ליום.	שהיה במוסד החלמה מוכר בישראל.	
-	-	פיצוי בגובה 200,000 ₪	o' 2.8 :נפטר המבוטח במהלך 7 ימים מהניתוח	פיצוי חד פעמי- בגין מקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח
-	-		2.9'0	הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל

	פרק ה' - שירותים רפואיים נוספים				
השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי	
20%	60 יום	עד 1,400 ₪ להתייעצות: עד 3 התייעצויות לשנת ביטוח	2 '0: התייעצות עם רופא מומחה למעט התייעצות עם רופא נשים לבדיקות תקופתיות ,שיגרה ומעקב הריון והתייעצות עם רופא משפחה וילדים במקרים של מחלות חום או מחלות.	התייעצות עם רופא מומחה	
20%	180 יום	עד ל 6,000 ₪ להריון ו- 8,000 ₪ להריון רב עוברי.	o' 3: החזר הוצאות בגין בדיקות היריון שבוצעו בגופה של המבוטחת ולפונדקאית.	בדיקות הריון	
20%	180 יום	₪ 4,000 עד	o' 3.6 הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפג'ין		
20%	60 יום	עד 15 טיפולים בשנה ועד 150 ₪ לטיפול ועד 2,250 ₪ לשנת ביטוח למבוטח.	o' 4: שיפוי כנגד קבלות עבור טיפולי פיזיותרפיה או הידרותרפיה.	טיפולי פיזיותרפיה/ הידרותרפיה	
20%	60 יום	260 ₪ לטיפול ₪ 260 ועד 12 טיפולים למצב רפואי אחד לשנת ביטוח.	o' 5: השתתפות בהוצאות בעקבות מחלה או תאונה	טיפולי שיקום	
-	270 יום	עד 12,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד 4 סדרות לתקופת ההסכם.	'6 6: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון לסדרת טיפולים ועד 4 סדרות לתקופת ההסכם.	טיפולי פריון	

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
20%	60 יום	עד 25,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד שתי סדרות לילד ועד שני ילדים לכל תקופת הביטוח.	o' 7: השתתפות בהוצאות שרותי פונדקאות בארץ או בחו"ל ובתנאי שהפונדקאות בוצעה עפ"י הוראות החוק לתרומת ביצית.	שרותי פונדקאות
20%	60 יום	בדיקות אבחנתיות עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח. ובדיקות הדמיה עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח.	o' 8: השתתפות בבדיקות אבחנה לצורך אבחון, מניעת מחלה או קביעת דרכי טיפול.	בדיקות רפואיות אבחנתיות
20%	60 יום	עד 100,000 ₪ לשנת ביטוח	o' 9: החזר בגין טיפולים אונקולוגים לרבות כימותרפיה, הקרנות וכל טיפול שנקבע ע"י רופא מומחה.	טיפולים אונקולוגים
© 280 לבדיקה	60 יום		o' 10:החזר בגין בדיקת מניעה, מעל גיל 50. אחת ל 3 שנים (לכל בדיקה).	בדיקות לרפואה מונעת
-	60 יום	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.	o' 11: מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים.	בדיקות לגידולים ממאירים
20%	60 יום	עד 5,000 ₪ לתקופת ביטוח.	o' 12: מבוטח יהא זכאי לאבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות המפורטות בסעיף.	בדיקות גנטיות מניעתיות

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	60 יום	עד 7,000 ₪ לחוות דעת אחת ולמקרה ביטוח. והוצאות טיסה ושהייה עד 7,000 ₪	o' 13: החזר עלויות של חוות דעת רפואית שנייה של מומחה בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה בישראל.	חוות דעת שנייה של מומחה בחו"ל
-	60 יום	₪ 10,000 עד	'14'0 : טיפול בפצעים פתוחים כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת.	טיפול על ידי מקרופאגים
20%	60 יום	עד 1,700 ₪ לתקופת הביטוח	o' 15: השתתפות בבדיקות אבחון בעיות התפתחות ילדים וליקויי למידה.	בדיקות אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה
20%	60 יום	עד 160 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח	' 16: השתתפות בטיפולים בבעיות התפתחות הילד ו'או ליקוי למידה בגילאי 3-18	טיפול בבעיות התפתחות ילדים וליקויי למידה
20%	60 יום	עד 2,000 ₪ לשנת ביטוח	o' 17: כמפורט בסעיף	אביזרים רפואיים
回 25	-	150 ₪ לביקור.	o' 18: החזר הוצאות עבור ביקור רופא, הניתן ע"י חברות הנותנות שרות בתחום	ביקור רופא
20%	60 יום	750 ₪ ליום ועד 14 ימים בשנה.	o' 19: השתתפות בהוצאות שירותי אח∖ות פרטי\ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבי"ח או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח).	אח/ות פרטי/ת

השתתפות עצמית	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
-	60 יום	עד ₪10,000 למקרה.	o' 20 : השתתפות בטיפולים בתא לחץ	טיפולים בתא לחץ
-	60 יום	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	o' 21 : הזרקת חומר סיכוך למפרקים או לעמוד השדרה.	הזרקת חומרי סיכוך למפרקים
-	60 יום	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח.	o' 22: הזרקות תחת שיקוף או הדמיה לעמוד השדרה.	הזרקות תחת שיקוף
-	60 יום	עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח	o' 23: הזרקות שמטרתן טיפול במחלות רשתית.	הזרקות לעיניים
20%	60 יום	150 ₪ לטיפול, עד 2,400 ₪ לכל שנת ביטוח.	o' 24: שיפוי בגין הוצאות מתחום הרפואה המשלימה המפורטים בסעיף זה ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא	טיפולים ברפואה משלימה

• תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין.

# פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי תראמור אינטרנשיונל בע"מ ובני משפחותיהם

#### תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה

#### .1 מבוא:

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, תשפה החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בפוליסה זו ובתנאיה.

#### 2. הגדרות:

בפוליסה זו ובכל נספח המצורף אליה תהיה למונחים הבאים המשמעות שבצדם.

בפוליסה זו, מלבד אם נאמר במפורש אחרת, מילים הבאות ביחיד משמען גם רבים, ולהיפך. מילים הבאות בזכר משמען גם נקבה ולהיפך, והכול על-פי הקשר הדברים.

- מ." החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- **2.2 "בעל הפוליסה" -** תראמור אינטרנשיונל בע"מ.

#### -"המבוטח" 2.3

- עובד בעל הפוליסה (להלן: "עובד קיים") ששמו מופיע ברשימה 2.3.1 שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).
- עובד שהחל לעבוד אצל בעל הפוליסה לאחר המועד הקובע, ששמו מופיע ברשימה שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה).
- בן/בת זוג של עובד אצל בעל הפוליסה (עובד קיים/ עובד חדש) וילדיהם (להלן: "בני משפחה") ששמם מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש לחברה על-ידי בעל הפוליסה (במדיה מגנטית על פי דרישת החברה). כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור וגם בני זוג שאינם נשואים אך חולקים חיים משותפים וזאת על פי הצהרה שניתנה לבעל הפוליסה. לעניין זה יחשבו בני /בנות זוג גם זוגות בהם שני בני הזוג הינם מאותו מין.
- עובד אצל בעל הפוליסה ו/או בן משפחתו שהיו מבוטחים על פי פוליסה זו והביטוח בגינם בוטל בהתאם לבקשתם וחידשו את צירופם לביטוח לאחר הביטול, בהתאם לאמור בסעיף 3.9 להלן (להלו: "מבוטח חוזר").
- "הפוליסה" חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין החברה וכל נספח או מוספת המצורפים לו

- מקרה ביטוח"- מקרה ביטוח כהגדרתו בכל פרק מפרקי הפוליסה. 2.5
- 2.6 בית חולים ציבורי" מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד, למעט אגף שיקום.
- "בית חולים פרטי" מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים (שר"פ/שר"ן), ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדין, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים, למעט אגף שיקום.
- למען הסר ספק ההגדרה לא תחול על פרקי הניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ, במסלול מהשקל הראשון או משלים שב"ן.
- **2.8** "בית חולים שבהסכם"- מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- **אשפוז" -** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה, לרבות אשפוז יום.
- "רופא מנתח" רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- "רופא מרדים" רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- מנתח/ מרדים שבהסכם" מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- **2.13** "מנתח / מרדים אחר" מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
  - **.ישראל" -** מדינת ישראל. כולל השטחים המוחזקים על-ידי ישראל.
    - **2.15** "חו"ל" כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 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 צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר כי שירותים שנצרכו בפועל במהלך תקופת האכשרה לא יכוסו, אך שירותים שנצרכו בפועל לאחר תקופת האכשרה יכוסו, גם במקרה בו המצב הרפואי שבגינו נדרשו השירותים נתגלה ארע במהלך תקופת האכשרה. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול בגין מקרה ביטוח הנגרם עקב אירוע תאונתי.

למרות האמור לעיל, לא תחול תקופת אכשרה על עובדים או בני משפחה אשר היה להם ביטוח בריאות תקף ערב הצטרפותם לפוליסה זו ובלבד שהמבוטחים הנ"ל סיימו את תקופת האכשרה על-פי הביטוח הקודם. האמור

לעיל מתייחס לכיסויים וסכומים החופפים בלבד ולאחר שהמבוטח ימציא לחברה את הפוליסה הקודמת שברשותו במועד הצטרפותו לפוליסה זו ואישור בדבר היותה בתוקף עד ליום הצטרפותו לפוליסה זו.

#### להלן תקופות האכשרה הנקובות בפוליסה:

בפרק ג'1 ו ג'2 90 יום למעט הריון 12 חודשים, בפרק ה', שירותים רפואיים נוספים תקופת האכשרה היא בת 60 יום. במקרה של סעיף 3 בדיקות הריון, תהא תקופת האכשרה בת 180 יום, סעיף 6 טיפולי פריון תהיה תקופת האכשרה בת 270 ימים.

- **"סכום הביטוח" -** הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד כמצוין בכל פרק ופרק בפוליסה זו.
- "מדד" מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.
  - תאריך לידה" תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו. 2.19
- "שנת ביטוח" תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף הרשימה.
  - . כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגרגוריאני.
  - 15.09.2023 "המדד היסודי" המדד שיפורסם ביום 15.09.2023
- "הפרמיה" -דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- "דף הרשימה" דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל בין השאר את תאריך תחילת הביטוח, שיעור הפרמיה, המדד היסודי וכיוצ"ב.
- בית אב" עובד/ת חברת תראמור אינטרנשיונל בע"מ בן/בת זוגו וילדיהם עד 2.25 גיל 25 או ילד/ה של עובד/ת שצירף/ה את בן/ת זוגה ו/או ילדיה.
  - -"תאריך תחילת הביטוח" 2.26

**עובדים היימים-** הראשוו לחודש בגינו דווח לראשונה ע"י בעל הפוליסה.

ביחס לעובדים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח: תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף, בהתאם לסעיף 4.1.3 להלן.

#### בני משפחה של עובדים קיימים-

ביחס למבוטחים שאינם נדרשים למלא הצהרת בריאות בכניסה לביטוח: תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש המועמד לביטוח בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד- ה 15(כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה -15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.

יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה -15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

ילד חדש של עובד קיים שצורף לפוליסה, ע"פ הוראות סעיף 3.7, ללא הצהרת בריאות, יצורף החל מיום לידתו/אימוצו. אם נולד עד ה- 15 (כולל) לחודש תאריך תחילת הביטוח לגביו יהיה הראשון (1) לחודש בו נולד/אומץ. אם נולד/אומץ לאחר ה- 15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב. יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס לילד שנולד/אומץ לאחר ה -15 לחודש, יהיה התאריך בו נולד/אומץ.

# ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לריטוח:

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.1.3 להלן.

עובדים חדשים - הראשון לחודש בגינו דווח לראשונה ע"י בעל הפוליסה.

#### ביחס לעובדים חדשים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לביטוח:

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.1.3 להלן.

#### <u>-בני משפחה של עובדים חדשים</u>

ביחס למבוטחים שאינם נדרשים למלא הצהרת בריאות בכניסה לביטוח: תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה הראשון (1) לחודש בו הגיש המועמד לביטוח בקשת הצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד- ה 15(כולל) לאותו החודש. במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה -15 לחודש, תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב בו הגיש המועמד לביטוח את בקשת ההצטרפות.

יובהר כי תאריך תחילת הביטוח לעניין תביעות ביחס למבוטחים שמילאו טופס הצטרפות לאחר ה -15 לחודש, יהיה התאריך בו מולאה על ידי המועמד לביטוח בקשת ההצטרפות.

# ביחס לבני משפחה אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות בעת הכניסה לבניות:

תאריך תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח יהיה מועד כניסת הכיסוי הביטוחי לתוקף בהתאם לסעיף 4.1.3 להלן.

- .30.09.2023  **"המועד הקובע"**
- **2.28** "דולר" דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- "מצב רפואי קודם" מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- **2.30 "סייג של מצב רפואי קודם" -** סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח

אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

- "גיל" גיל המבוטח ייחשב לפי תחילת החודש במועד יום הולדתו.
  - **2.32 "חוק הבריאות"-** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.
- שירותי בריאות נוספים (שב"ן)" תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

#### 3. אופן ההצטרפות לביטוח:

- עובדים קיימים כל העובדים המועסקים אצל בעל הפוליסה במועד הקובע יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות.
- 2.2 בן/בת זוג וילדים של עובד קיים בני משפחה של עובדים קיימים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים מהמועד הקובע ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל, בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.
- עובדים חדשים עובדים חדשים המועסקים אצל בעל הפוליסה יצורפו לביטוח ע"י בעל הפוליסה ובמימונו המלא (כולל גילום מס) ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חתימה על טופס הצטרפות ובתנאי כי צירופם לביטוח נעשה במהלך 90 ימים הראשונים ממועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה. עובדים אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה ויתווספו לרשימת המבוטחים שתועבר על ידי בעל הפוליסה בחודש העוקב לתחילת עבודתם.
- 2.4 בן/בת זוג וילדים של עובד חדש בני משפחה של עובדים חדשים זכאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים ממועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. בני משפחה אשר יבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.
- יישאר תחת **ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לבוגר בתקופת הביטוח** יישאר תחת ההסכם הקבוצתי והפרמיה בגינו תשתנה לפרמיית **תעריף בוגר** בביטוח. הודעה על שינוי הפרמיה תישלח לבעל הפוליסה ולמבוטח ע"י חברת הביטוח.
- **3.6 בן/ת זוג חדשים של עובד קיים** בן/בת זוג שהתחתן עם עובד קיים יהיה זכאי להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות בתנאי שהצטרף לביטוח תוך 90 יום ממועד הנישואין, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. בן/בת זוג שביקש יום ממועד הנישואין, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

להצטרף לביטוח לאחר 90 יום מיום הנישואין יצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.

- ילדים חדשים של עובד קיים ילדי עובדים שנולדו/אומצו לאחר מועד תחילת הביטוח יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא הצהרת בריאות ובלבד שצורפו תוך 90 יום מיום לידתם/אימוצם ובכפוף למילוי טופס הצטרפות. ילדים שנולדו/אומצו ונדרש צירופם לאחר 90 יום מיום לידתם/אימוצם, יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.
- ילד (מעל או מתחת לגיל 25) של עובד המבקש לצרף בן/בת זוג וילדיהם זכאים הוא ובני משפחתו להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובתנאי כי הצטרפותם לביטוח נעשתה במהלך 90 ימים ראשונים מהמועד הקובע או ממועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה ובכפוף למילוי טופס הצטרפות והתשלום בגינם יהיה באמצעי גבייה פרטי. מי שיבחרו שלא להצטרף לביטוח במהלך המועדים כאמור לעיל, יוכלו להצטרף לאחר המועדים דלעיל בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ולאחר שהחברה אישרה את קבלתם לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה. התשלום בגינם יהיה באמצעי גבייה פרטי. למען הסר ספק, התעריף בגין הילד של העובד ובן/ת זוגו יהיה תעריף בוגר ללא קשר לגילם בפועל.
- 3.9 מבוטח חוזר מי שהיה מבוטח וביקש להיגרע מהביטוח ע"י מילוי טופס גריעה ומבקש לשוב ולהצטרף לביטוח, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיהם.
- תנאים למתן רצף ביטוחי במעבר מפוליסות בריאות קיימות אצל החברה או בחברות ביטוח אחרות מבוטח על פי פוליסה זו, אשר היה מבוטח לפני תחילת הסכם זה בפוליסת בריאות פרטית או קבוצתית אחרת, ושיהיה מעוניין לעבור לביטוח שעל פי פוליסה זו, יזכה ברצף ביטוחי ותקופת הביטוח הקודמת תילקח בחשבון ביחס לתקופות אכשרה ו/או המתנה (אם ישנן כאלה) לגבי הכיסויים החופפים. אם מולאה הצהרת בריאות ונעשה חיתום בפוליסה הקיימת ממנה עובר המבוטח (עובד ו/או בני משפחתו) להסכם זה, יחולו ההחרגות גם בהסכם זה. למרות האמור לעיל, למבוטחים אשר קיבלו פטור ממילוי הצהרת בריאות על פי הסכם זה. יוסרו המגבלות במקרה כזה לאחר בריאות בעת הצטרפותם להסכם זה. למבוטחים אשר לא מילאו הצהרת בריאות בעת הצטרפותם לפוליסה זו והם עוברים להסכם זה ברצף מפוליסה קיימת בה היו מבוטחים לפחות 12 חודשים טרום הצטרפותם להסכם זה (או בסעיף 8 בפרק התנאים הכלליים לביטוח.
- מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"). מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי עפ"י פרק ג1 לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג 2 וישלם את דמי הביטוח הנקובים בדף הרשימה.

#### צירוף מבוטח- סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי.

- (א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- (1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;
  - לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי. (2)
- (3) לא תצרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת 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-זונו
- (ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
- (1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה:
- חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- (3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי"- פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:
  - (א) ניתוחים;
  - (ב) תרופות;
  - (ג) השתלות;
  - (ד) מחלות קשות:
    - (ה) שיניים:
  - (ו) תאונות אישיות:

# <u>תחילת הביטוח למבוטח שנדרש למלא הצהרת בריאות:</u>

הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לכל התנאים המצטברים הבאים:

- : מועמד לביטוח הנדרש למלא הצהרת בריאות על פי סעיף 3 לעיל
- 4.1.1 הגיש לחברה בקשת הצטרפות כולל הצהרת בריאות, אשר מולאה ונחתמה על ידו.
- 4.1.2 החברה תיתן החלטתה בדבר תנאי הקבלה או הדחייה של המועמד לביטוח כאמור בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת ההצעה וכל המסמכים הנדרשים לצורך קבלת החלטתה במשרדיה.

- 4.1.3 הכיסוי הביטוחי על-פי הפוליסה ייכנס לתוקפו באחד מהמועדים המפורטים להלן, המאוחר מבניהם:
- מועד קבלת ההצעה הכוללת הצהרת בריאות בחברת בריטוח.
  - 4.1.3.2 המועד בו בוצע חיתום וקיבול על ידי המבטח.
- מועד ביצוע קיבול ואישור תנאי הקבלה לביטוח על-ידי 4.1.3.3 המרוטח.

למרות האמור לעיל, מבוטח אשר יתקבל לביטוח בתנאים רגילים על סמך הצהרת בריאות שהגיש – מועד תחילת הביטוח לגביו יהיה מועד קבלת הצעת הביטוח, הכוללת את הצהרת הבריאות, אצל המבטח.

#### 5. תקופת ביטוח:

### 5.1 תקופת הביטוח ביחס לעובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם:

תקופת הביטוח תהיה **60 חודשים** החל מה 30.09.2023 ועד 29.09.2028. כעבור 36 חודשים מהמועד הקובע תהא רשאית החברה להתאים את גובה דמי הביטוח. במידה והצדדים לא יגיעו להסכמה לגבי גובה ההתאמה, תישמר לכל צד הזכות להודיע על סיום ההסכם בהודעה של 90 יום מראש. התאמת דמי הביטוח תיעשה ע"י חישוב הנתונים ב-33 חודשים שקדמו למועד הבדיקה, באופן הבא:

- c "הוצאות" יוגדר סכום הסעיפים הבאים: תביעות ששולמו בפועל, וBNR תביעות תלויות ותביעות
- כ"הכנסות" יוגדרו 70% מהפרמיות בגין תקופת הביטוח (בגינה 5.1.2 נערכת ההתאמה).
- כהפסדים בתכנית הביטוח, בתקופת הביטוח בחלוף 36 חודשים, יחשבו את סך ההוצאות מול סך הכנסות. אם יתברר כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים יועלו דמי הביטוח בגובה המתאים לאיזון ההפסדים.

לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיה לתקופה העוקבת. אם סך ההכנסות עולה על סך ההוצאות, רשאי בעל הפוליסה, בהסכמת חברת-הביטוח, להרחיב את הכיסוי הביטוחי לשארית תקופת ההסכם באופן שבחישוב אקטוארי היה יוצר איזון בין ההוצאות וההכנסות בגין 36 החודשים האחרונים לגביהם נערכת הבדיקה. הפוליסה תחודש אוטומטית לתקופות נוספות של 36 חודשים כל אחת, אלא אם כן הודיע אחד מהצדדים למשנהו בכתב על רצונו שלא לחדש את הפוליסה, 120 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח.

למען הסר ספק, בכל מקום בו נקבעו סכומי הביטוח בהסכם ל "תקופת הביטוח", תקופת הביטוח תהיה שלוש שנים וסכומי הביטוח יחודשו בהתאמה כל שלוש שנים.

#### 6. תום הביטוח והפסקתו:

## 6.1 ביטול הפוליסה ע"י המבוטח:

כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח. ואולם, מבוטח אשר היה מבוטח והביטוח שלו בוטל בהתאם לבקשתו וביקש להצטרף לביטוח לאחר הביטול, יצורף לביטוח בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות, הכוללת הצהרת בריאות והחברה אישרה את הצטרפותו לביטוח על-פי הפוליסה.

#### 6.2 ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסוים- תקנה 8 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

6.3 חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"-למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה

טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת

#### 6.4 תום הביטוח עבור מבוטח יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

- הודיע המבוטח לחברה בכתב על ביטול הפוליסה, תתבטל הפוליסה כעבור שלושה ימים מהיום בו נמסרה הודעת הביטול. מובהר בזאת כי ביטול הפוליסה על ידי מבוטח שהוא עובד בעל הפוליסה כמוה כהודעת ביטול ביחס לעובד ולכל בני המשפחה שבוטחו באמצעותו.
- במקרה של עזיבת עובד בעל הפוליסה את עבודתו אצל בעל הפוליסה מכל סיבה שהיא לרבות פרישה לגמלאות הביטוח של אותו עובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב להודיע בכתב לחברה בגין כל עובד שנגרע על ידו מרשימת המבוטחים. אין האמור גורע ממחויבות החברה להודיע למבוטח על ביטול הפוליסה.
- במקרה של גירושין של עובד בעל הפוליסה הביטוח של בן/ת הזוג יסתיים אם העובד מילא וחתם על בקשה לגריעת בן/ת הזוג, וככל שהודעה כאמור התקבלה אצל החברה.
- במקרה של פטירה (חו"ח) של עובד בעל הפוליסה הביטוח של בני המשפחה (בן/ת הזוג והילדים) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

#### אפשרות להמשך ביטוח:

עובד שהפסיק עבודתו אצל בעל הפוליסה או יצא לגמלאות, יוכלו הוא ו/או בני משפחתו. אשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת העבודה או היציאה לגמלאות, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"), ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו י. לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה וחריג מצב רפואי קודם ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוחי יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תור 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח. על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות - על התעריפים תינתו הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

6.5

בן/בת זוג של עובד בעל הפוליסה, המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את בן/ת הזוג, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.7 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו לפי העניין והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות - על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

ילד/ה של עובד בעל הפוליסה המאבד את זכאותו לביטוח על-פי פוליסה זו עקב גירושין, במקרה בו העובד יגרע את הילד/ה, או פטירה של העובד (חו"ח), יהיה זכאי להמשיך את הביטוח, בתנאי שהיה מבוטח במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, במסגרת ביטוח פרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ובכפוף לתנאים הנקובים בסעיף 6.7 להלן, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו והמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו. דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות - על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שריח.

במקרה ומכל סיבה שהיא לא יוארך הסכם הביטוח והפוליסה לא תחודש בחברה או בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים או חלק מהמבוטחים, יהיו רשאים המבוטחים או חלק מהמבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם ואשר היו מבוטחים במסגרת פוליסה זו ערב הפסקת הביטוח, להצטרף לביטוח פרטי של החברה על-פי בחירתם (להלן: "הביטוח הפרטי"),

ללא תקופת אכשרה וללא מילוי הצהרת בריאות, ברצף ביטוחי ובריאותי ביחס לכיסויים והסכומים החופפים בלבד בין פוליסה זו לפוליסה לביטוח הפרטי, כפי שישווק על ידי החברה במועד המעבר ותאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חישוב תקופת האכשרה וחריג מצב רפואי קודם ייחשב תאריך הכניסה לפוליסה הקבוצתית בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים חופפים. הכיסוי הביטוח יינתן בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה הוראותיה וסייגיה ותנאי הכיסוי הביטוחי עפ"י הפוליסה הקבוצתית יבוטלו לכל דבר ועניין, וזאת בתנאי שהבקשה להצטרף לביטוח הפרטי הוגשה בכתב לחברה תוך 90 יום ממועד הודעת החברה על זכאותו ובתנאי שהמבוטח הסדיר את תשלום הפרמיה באמצעות הוראת קבע או הוראה לחיוב כרטיס אשראי בתוך תקופה זו.

המעבר לפוליסת ההמשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבוטח אצל מבטח אחר או שהמבוטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.

דמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים בפוליסת פרט דומה אצל המבטח, על פי גיל המבוטח באותה עת בפוליסת בריאות - על התעריפים תינתן הנחה בשיעור של 20% לתקופה של שלוש שנים.

ביחס לכיסוי השתלות ותרופות יקוזזו מסכום הביטוח בביטוח הפרטי, תגמולי ביטוח ששולמו על-פי פוליסה זו. במסגרת המעבר לפוליסה פרטית המבוטח יהיה רשאי לרכוש תגמולי ביטוח מופחתים.

ייתכן כי המעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

#### 7. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה:

החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.

החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

- 7.1 מקרה הביטוח ארע טרם תקופת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב אירוע תאונתי לגביו לא תחול תקופת אכשרה.
- 7.2 אלכוהוליזם או שימוש בסמים בהם למעט שימוש בסמים רפואיים בהוראת רופא.
- 7.3 חשיפה כלשהי לזיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 7.4 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר או שירות מילואים או צבא קבע, פעולה בלתי חוקית בה השתתף המבוטח מרצון.

סעיף זה לא יחול במקרה של פעולה בלתי חוקית הנוגעת לתאונת דרכים.

טיפולים ניסיוניים, אלא אם 2 רופאים בדרגת מנהלי מחלקות, המומחים בתחום קבעו ע"פ קריטריונים רפואיים מקובלים שהטיפול אינו ניסיוני ע"פ קריטריונים שלא הוגדרו כניסיוניים ע"י וועדת הלסינקי.

#### 8. <u>תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:</u>

#### סייג בשל מצב רפואי קודם:

החברה תהיה פטורה מחבותה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.

#### תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח, שגילו במועד תחילת הביטוח הוא: א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח. ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח

#### <u>סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:</u>

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

#### תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף, אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

## <u>השבת דמי הביטוח</u>

פטור המבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8 ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח.

#### 9. תשלום תגמולי ביטוח:

9.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלמם למבוטח עצמו. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות או העתקן. במקרה של הגשת תביעה לשב"ן, ימציא המבוטח אישור החזר מהשב"ן והעתק קבלות והחברה תשפה את המבוטח עד לתקרות ההחזר הנקובות בפוליסה זו. למען הסר ספק סך התשלום למבוטח מהשב"ן וחברת הביטוח לא יעלה על גובה ההוצאות שהוציא המבוטח בפועל.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהחברה, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי כמפורט בפוליסה. ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

- תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.
- 9.3 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער להעברות והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הרלוונטי בבנק דיסקונט לישראל בע"מ ביום ביצוע התשלום.
- 9.4 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח, אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.
- 9.5 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

### 9.6 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב:

9.6.3

- החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.
- בכיסויים לפיהם משולמים תגמולי הביטוח בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. החברה תהיה זכאית להתנות את תשלום תגמולי הביטוח על פי פוליסה זו בהמחאת זכויות המבוטח כלפי הצד השלישי. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי, שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/ או מחדל שלא שיפוי, מחמת קרבת משפחה ו/ או יחס של מעביד ועובד שבניהם.
- 9.7 בכפוף לכל דין לרבות תקופת ההתיישנות, המבטח מתחייב לכסות תביעות המכוסות על פי הסכם זה ואשר מקרה הביטוח לגביהן ארע בתוך תקופת הביטוח. המועד הקובע לצורך מניין ההתיישנות יהיה מועד קרות מקרה הביטוח גם אם התביעה אושרה לאחר תום תקופת הביטוח.

#### .10 תביעות:

- 10.1 בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח, יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים לא יאוחר מ-7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הנדרשים לחברה לאישור התביעה, או לא יאוחר מ- 3 ימי עבודה במקרה חירום. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. אם בוצע טיפול רפואי ללא אישור החברה מראש, ידון המבטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה, אם היא עומדת בהוראות ההסכם והוגשו לחברה כל המסמכים כנדרש על ידה. תביעות יטופלו עד 7 ימי עבודה.
- המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות ו/או גוף אחר, למסור לחברה כל מידע רפואי או ידיעה הנוגעים למבוטח הנמצא ברשותם. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- חברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, הכול כפי שהחברה תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.
- 10.4 בדיקה רפואית אם יידרש לכך על ידי החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט או מסמך רפואי שיידרש. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט.
- החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת רופאים מומחים ומנתחים ברשימה. רשימת הרופאים תהיה הרשימה, אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות אצל החברה.

#### 11. סכום הביטוח:

- 11.1 הסכום המרבי שהחברה תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.
- סכומי הביטוח הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות לש"ח על פי הכללים הנקובים בסעיף 9.3 "תשלום תגמולי הביטוח" לעיל.
- 11.3 תקרת תגמולי הביטוח הנקובים בש"ח בפוליסה זו יישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.

# 12. <u>הפרמיה ודרך תשלומה</u>:

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

- תשלום הפרמיות יבוצע במרוכז על ידי בעל הפוליסה לחברה עבור כל המבוטחים עד ל 20 לכל חודש בגין החודש הקודם. בעל הפוליסה יישא בעלות הפרמיה בגין העובדים. הפרמיה בגין בני המשפחה שהצטרפו לביטוח תשולם באמצעי גביה אישי של העובד.
- בתום כל חודש של תקופת הביטוח תבוצע התאמה כספית בגין תשלום פרמיות נוספות שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה עבור עובדים נוספים המצטרפים במהלך אותו חודש, תוך התחשבות בעובדים אשר הביטוח חדל לחול ביחס אליהם במהלך אותו חודש.
- לא שולמו דמי הביטוח במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מבעל הפוליסה ו/או מהמבוטח בכתב לשלמם, רשאית החברה להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין. למרות האמור לעיל, ובאם הסכימה החברה בכתב לאיחור בתשלום, לא יחול האמור לעיל.
- בעל הפוליסה לא יהיה זכאי לקזז זכות כלשהי, אשר לטענתו מגיעה לו או למי מהמבוטחים מהחברה כנגד החיוב לשלם פרמיה על פי פוליסה זו, וכן לא יהיה רשאי לעכב, את תשלום הפרמיה החודשית מסיבה כלשהי.
- אופן התשלום השוטף של הפרמיה החודשית יהיה באמצעות העברה בנקאית, ואולם אם מסיבה כלשהי לא שולמה הפרמיה החודשית, אין הדבר פוטר את בעל הפוליסה או המבוטח מהחיוב לשלמה והוא יחשב כמי שלא פרע את הפרמיה החודשית במקרה זה.
- אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה והוא יהיה חייב לשלם את דמי הביטוח כפי שישונו.
- שולמה פרמיה חלקית בלבד בגין מבוטח, המבטח יראה בו כמבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח בתנאי שצורף לביטוח בהתאם להוראות סעיף לביטוח בתנאי שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה יתחייבו להעביר את הפרמיה החסרה.
- לא שולמה פרמיה בגין מבוטח עקב טעות, חברת הביטוח תראה בו מבוטח החל ממועד זכאותו להצטרף לביטוח /ממועד הפסקת העברת הפרמיות, בתנאי שבתוך 180 יום ממועד זכאותו להצטרף לביטוח או ממועד הפסקת תשלום הפרמיות, ניתנה הצהרה בכתב של בעל הפוליסה בדבר הטעות. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה חייב בתשלום פרמיה בגין התקופה כאמור לעיל. טעות לעניין סעיף זה תחשב כל סיבה, למעט מצב בו העובד העביר טופס גריעה או ביטול השתתפות בביטוח בחתימתו.

# <u>הוראות לעניין דמי ביטוח- תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי</u>

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה

הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-

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

### .13 <u>התיישנות</u>:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

# 14. <u>חובת גילוי</u>:

במידה והמבוטח מסר לחברה עובדות כוזבות, או שהמבוטח העלים מהחברה עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות החברה, תנהג החברה על-פי הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

#### .15 <u>חקיקה</u>:

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

# 16. <u>עדכון הפוליסה</u>:

במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח. בעל הפוליסה יהא רשאי גם לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ו/או בפוליסה ולדרוש לעדכנם ו/או להרחיבם. במידה ובעל הפוליסה החליט לדרוש יישומו של חוזר ו/או לשנות ו/או לעדכן את תנאי ההסכם ו/או הפוליסה כאמור לעיל, הדבר יבוצע בהסכמה עם החברה, שהא רשאית להעביר לבעל הפוליסה דרישה לעדכון הפרמיה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי עדכון הפרמיה, בתוך פרק זמן של 90 יום. במידה ובצדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה מראש בכתב של 90 יום לחברה ובכפוף להעברת המבוטחים הקיימים למבטח אחר. מובהר שבעל הפוליסה והחברה רשאים, להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח בהסכמה.

## 17. מתן מסמכים והודעות לבעל הפוליסה ולמבוטח:

17.1 החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

- 17.2 חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-
  - (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
    - את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה. (2)
- את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן (3) הדבר ניתן.
- 17.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה המבוטח, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 17.5 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי. עד 60 ימים לפני מועד השינוי. הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב) לתקנות הנ"ל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2) לתקנות הנ"ל; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי. ימסור המבטח למבוטח בתור 21 ימים. ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת שהינו. הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפוו 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.
- הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות 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.
- פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) לתקנות 20 ביטוח 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.

- 17.8 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור תמסור החברה למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו המבוטח, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.
  - 17.9 כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

בעל הפוליסה: יגאל אלון 82 ת"א יפו החברה: דרך השלום 53, גבעתיים.

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

# פרק א'- השתלות בארץ או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

- בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:
- 1.1 השתלה" כריתה כירורגית והוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלות, רחם, קרנית וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם עצמית או השתלת תאי גזע מדם היקפי ותאי גזע מדם טבורי עצמית או מתורם אחר. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל או בארה"ב או באירופה. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
- 1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב בניהם והשתלת איבר שלם בלבד, או אונת כבד או אונת ריאה אשר נלקחו מבעל חיים במקומם או שגודלו או פותחו באמצעים טכנולוגיים אחרים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי.

"ההגדרה של השתלה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות "

- "טיפול רפואי מיוחד בחו"ל" ניתוח או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו לפחות אחד מהתנאים שבסעיפים 1.3.1 1.3.6 להלן וזאת ע"פ קביעת רופא מומחה בתחום הרלוונטי. מטעם המבוטח:
  - .1.3.1 הטיפול לא ניתן לביצוע בישראל.
- 1.3.2 זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד, וכתוצאה מההמתנה עלולה להיגרם החמרה עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים במצב המבוטח ו/או נגרם סיכוו לחיי המבוטח.
- סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בישראל.
- 1.3.4 הניסיון בביצוע של הטיפול המיוחד גדול באופן משמעותי מהניסיון בביצוע הטיפול בישראל.
- מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75% או למניעת אובדן מוחלט של חוש הראייה (בעין אחת או שתיים) ו/או חוש השמיעה (באוזן אחת או שתיים).
  - 1.3.6 הטיפול נועד להציל חיים.

עם זאת ולמען הסר ספק, טיפולים ייחודיים במרכזים נחשבים ומוכרים בעולם לטיפול בחולי סרטן, מחלות חיסון עצמי ומחלות ייחודיות יכוסו ע"פ הכיסוי לטיפול מיוחד בחו"ל וזאת אף ללא קיום אחד מהתנאים הנ"ל.

# 2. מקרה הביטוח:

- מצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול מיוחד בחו"ל או ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר ארע תוך פרק זמן של עד 3 חודשים מהטיפול הראשון ואשר נדרש בעקבותיו, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.
- השתלה תכוסה על-פי תנאי פוליסה זו ובלבד שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי, מטעם המבוטח, קבע את הצורך בביצוע ההשתלה. למען הסר ספק יובהר, כי בטרם מתן שיפוי למימון ביצוע השתלה על פי פוליסה זו יבחו המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק. ובכלל זה אם

ב. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

זו יבוון המבטוו אם ההשומדה בוצעה בהונאם להוו אות החוק, ובכלל זה או התקיימו כל אלה: א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.

# סכום הביטוח:

.3

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה/השתלות ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עם החברה או אם נעשתה בתיאום עם החברה ועד תקרה של 5,000,000 ₪ במרכזים רפואיים שאינם בהסכם עם החברה או אם נעשתה ללא תיאום עם החברה, למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.
- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלת איבר מבעלי חיים יהיה עד מסום השיפוי המרבי שתשלם 2,500,000  $\square$ .
- 3.3 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה לטיפול מיוחד בחו"ל ללא תקרה במרכזים רפואיים שבהסכם עם החברה ועד תקרה של 1,000,000 ₪ במרכזים רפואיים שאינם בהסכם עם החברה, למקרה ביטוח ו/או לתקופת הביטוח.

# 4. תגמולי הביטוח:

החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לשלם תגמולי ביטוח ו/או כל חלק מהם בהתאם לאמור בפרק זה (להלן: "ההוצאות המוכרות") ועד תקרת סכום הביטוח, ישירות לנותני השירותים הרפואיים או למבוטח עצמו.

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המוכרות המפורטות להלן:

- הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז, שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.
- במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל תשלם החברה הוצאות אלה, אך ורק אם לא ניתן היה לבצע את הפעולות ו/או הטיפולים הרפואיים טרם הנסיעה לחו"ל, ובית החולים ביקש את הבדיקות לפני יציאת המבוטח לחו"ל. במקרה והקופה לא אישרה את הבדיקות לפני יציאת המבוטח לחו"ל או אישרה אותם בלוח זמנים שאינו סביר, יפנה המבוטח לחברת הביטוח והוצאותיו יכוסו ע"י המבטח בארץ.
- כיסוי להוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז, לפני או במהלך או אחרי ההשתלה או הטיפול המיוחד. בתיאום ובאישור חברת הביטוח.

- 4.3 הוצאות אשפוז בחו"ל לפני ביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד בחו"ל ולאחר ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- הוצאות טיפולי המשך בארץ או בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או המיוחד וזאת על פי קביעת הרופא שביצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד או על פי קביעת רופא מומחה מטעם המבוטח.
- הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב בטיסה מסחרית רגילה, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות הטיסה כמפורט לעיל עבור שני מלווים.
- 4.6 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה להשתלה, או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.7 הוצאות שהייה סבירות בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. במקרה שהמבוטח הינו ילד, יכוסו הוצאות שהייה לילד ולשני מלווים.
  - 4.8 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל.
- 4.9 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע השתלה, או טיפול מיוחד בשראל כתחליף להשתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל במקרים מיוחדים בהם יוחלט על הבאת מומחה רפואי מחו"ל בהסכמה בין המבוטח לבין חברת הביטוח.
- 4.10 תשלום עבור שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, הוצאות רפואיות בגין קציר איברים הנעשות עפ"י אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, הוצאות לאיתור תורם האיבר, בדיקות הערכה תפקודית.
- תשלום לרופאים ומוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח לפני או עד שנה אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיסות למבוטח ולמלווה והוצאות שהייה סבירות למבוטח ולמלווה במקרה בו המבוטח נדרש לטוס לחו"ל לצורך הערכה רפואית לפני או עד שנה אחרי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- המבוטח יהיה זכאי לגמלת החלמה חודשית של 6,000 ₪ לתקופה של 4.12 חודשים במקרה של השתלה (למעט השתלת קרנית) במסגרת קופת חולים או באמצעות ביטוח זה או במסלול פיצוי חד פעמי. נפטר המבוטח טרום קבלת 24 גמלאות, תשולם יתרת הגמלאות ליורשיו.
- ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.
- מבוטח אשר נזקק להשתלה ובשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו, יהיה זכאי לקצבה חודשית בסך של 3,500 ₪ וזאת לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר משישה חודשים. מבוטח כאמור אשר שוהה באשפוז בבית חולים יהיה זכאי לקצבה בגובה 50% מהסכום המפורט לעיל בגין התקופה בה היה מאושפז.
- מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח.

# 5. מסלול פיצוי חד פעמי:

# 5.1 פיצוי טרום השתלה

פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ למי שמועמד להשתלת איבר (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) בעת המצאת אישור של רופא מומחה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) בעת המצאו ישולם ללא כל קשר או בתחום כי המבוטח מועמד להשתלה. מובהר כי הפיצוי ישולם ללא כל קשר או תלות לביצוע ההשתלה בפועל.

מובהר בזאת, כי מבוטח אשר בחר לקבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או לשיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה, למעט פיצוי עפ"י סעיף 4.12 לעיל.

#### 5.2 פיצוי לאחר השתלה

פיצוי חד פעמי בסך 300,000 ₪ למי שעבר השתלת איבר (למעט במקרה של השתלת מח עצם עצמית או קרנית) לאחר חתם על תצהיר לפיו עבר את ההשתלה בכפוף להוראות חוק השתלת איברים והמציא לחברת הביטוח את כל האישורים הנדרשים בכפוף לחוזר ביטוח ינואר 2009, ולא תבע או יתבע את חברת הביטוח בגין השתלה זו.

מובהר בזאת, כי מבוטח אשר בחר לקבל פיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לפיצוי כלשהו ו/או שיפוי כלשהו בגין הוצאות הקשורות להשתלה כאמור בפרק זה, למעט פיצוי עפ"י סעיף 4.12 לעיל.

#### 6. תשלום תגמולי הביטוח:

בהיוודע למבוטח על הצורך במקרה הביטוח יודיע על כך המבוטח לחברה ויקבל את אישור החברה מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים.

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה תפעל החברה כמפורט:

- תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 6.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלמם למבוטח עצמו.
- במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו למבטח ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות מקוריות או העתקן. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ. סעיף זה לא יחול במקרה של תשלום תגמולי ביטוח עפ"י סעיף 5 לעיל.
- המרת המטבע במקרה של הוצאות מוכרות תיעשה לפי שער המכירה של מטבע החוץ הרלבנטי ביום התשלום (העברות והמחאות) שיהיה נהוג בבנק דיסקונט, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.
- במסגרת ההוצאות ובמידת הצורך, תשולם למבוטח מקדמה כספית לשם ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. מקדמה זו תשולם למבוטח כנגד ערבות, או התחייבות אחרת כמקובל אצל החברה.

- יצא המבוטח לחו"ל להשתלה ו/או לטיפול המיוחד ומכל סיבה שהיא (רפואית או אחרת) לא בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל, החברה תישא בהוצאות כמפורט בסעיף 4. כיסוי ההוצאות לא יפגע בזכות המבוטח לכיסוי השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל עד לתקרות המפורטות בפרק זה, בניכוי הסכומים שכבר שולמו.
- למען הסר ספק מובהר בזאת כי לא תחול על החברה כל אחריות בגין הוצאה כל שהיא שאינה מאלה המפורטות בסעיף 4 לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח לבדו.

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

# פרק ב'- כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

#### 1. <u>הגדרות</u>:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלו:

- 1.1 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.
- 1.2 טיפול נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
  ההגדרה שלעיל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות
  המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח18- 1- 2015- "הוראות לעניין הכיסוי
  הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות"
- 1.3 מרשם מסמך רפואי חתום על-ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.
- **1.4** סכום שיפוי מרבי גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך תקופת הביטוח.
- **1.5 חוק ביטוח בריאות ממלכתי** חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- סל הבריאות הממלכתי מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.

#### 2. מקרה הביטוח:

הצורך במתן התרופה בגין מצבו הרפואי של המבוטח.

# 3. <u>הכיסוי</u>:

החברה תספק למבוטח את התרופה כהגדרתה בסעיפים 3.1-3.6 או תשלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה ועלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה (התרופה, השירות והטיפול הרפואי יחדיו יקראו "הטיפול התרופתי") עד לתקרת סכום השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים כמפורט להלן:

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

- 3.2 התרופה כלולה בסל שירותי הבריאות כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שוויץ או נורבגיה, איסלנד או יפן. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.
- 3.3 התרופה מוגדרת כ- OFF LABEL כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:
  - 1. פרסומי ה- FDA
  - American Hospital Formulary Service Drug information .2
    - US Pharmacopoeia Drug Information .3
- טובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים Drugdex Micromedex .4הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
- א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a בקבוצה I או
- A נמצאת בקטגוריה ( Strength Of Evidence ) ב. חוזק הראיות ( או  $\mathsf{B}$  או
  - II a או בקבוצה I או בקבוצה (Efficacy) ב. יעילות
- National ב מומלץ לפחות באחד מה. NCCN , ASCO , NICE , שמתפרסם על ידי אחד מהבאים: Guidelines .ESMO Minimal Recommendation
- **3.4 התרופה נמצאת בתהליכי הגשה לרישום (לרבות נוהל IND)** או תרופה שהוגשה לרישום לרשויות המוסמכות לאישור בגין מחלתו של המבוטח.
- 3.5 התרופה ניתנת מכוח סעיף 29/ג לפקודת הרוקחים (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) יחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לתרופות הנדרשות לטיפול במחלה.
  - התרופה למחלה יתומה

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

- א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הררית
- ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירות התרופה בארצות הברית לבדה.
- ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי
- ד. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפותח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.

קביעת התרופה כתרופה יתומה תעשה במועד הבקשה לרכישת תרופה מסוג זה ותתבסס על קביעת ה- FDA האמריקאי לגבי ארה"ב ועל ידי ועדת מוצרים

יתומים (Committee for Orphan Medicinal Products (COMP) יתומים לגרי מדינות האיחוד האירופאי FMFA לגרי מדינות האיחוד האירופאי

ההגדרה שלעיל נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח -18-1-2015 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות"

- החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה
  - חבות החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק לפי התנאים המצטברים להלן:
  - 3.8.1 ההוצאות הוצאו בפועל ע"י המבוטח או החברה התחייבה לרכשן.
- החברה תשלם אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 200 ₪ לחודש ועד 400 ₪ לכל המרשמים יחד לחודש. יובהר כי בתרופות למחלות אונקולוגיות לא תנוכה השתתפות עצמית.
- 3.9 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי פרק זה יהיה עד 3,000,000 ₪ לכל מקרי הביטוח, למבוטח, לתקופת הביטוח. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.5 יהיה עד 1,000,000 ₪ במקרה של מחלת סרטן, לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח. במידה ויוכח שהטיפול יעיל הסכום יגדל ל- 3,000,000 ₪. סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות על פי סעיף 3.5 במקרה שאיננו מחלת סרטן יהיה עד 500,000 ₪ לכל מקרי הביטוח למבוטח, לתקופת הביטוח.
- החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן 30.10 התרופה, או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 160 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.
  - ... הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

#### 4. הגבלות נוספות לאחריות החברה:

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

- 4.1 בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:
- תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על-ידי הרשות המוסמכת למעט 4.1.1 כמוגדר בסעיפים 3.1-3.6
  - 4.1.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.
    - 4.1.3 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים, למעט תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם נקבע ע"י רופא מומחה בתחום והם ניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי למחלתו של המבוטח.

טיפול תרופתי מניעתי למבוטח שאינו נשא או חולה במחלת 4.1.5 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).

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

# פרק ג 1'- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- פוליסה אחידה

#### 1. <u>הגדרות:</u>

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

הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מרטח.

- הסדר ניתוח הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.11 הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

#### 2. מקרה הביטוח:

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

#### 3. הכיסוי הביטוחי:

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

- שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
  - שכר מנתח 3.2
- 3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4 טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

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

#### .4 חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

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

- 4.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 4.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 4.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:
  - ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד; 4.3.1
- ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף 4.3.2 מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ 4.0.
- 4.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 4.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 4.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת 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;
- 4.7 מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא הונבנציונלי 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 כמפורט בסעיף מס' 8 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 4.10 ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

#### 5. תקופת אכשרה:

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

# פרק ג 2'- משלים שב"ן – כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל – פוליסה אחידה

# 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
- **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
- ניתוח על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: פעולה פולשנית חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- מרפאה כירורגית פרטית מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2)לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות
- **1.5** בית חולים פרטי על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן :אחד מאלה:
- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג -2013.
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- **1.6 קופת חולים** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.
- 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.
- שתל על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- תקופת אכשרה על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן :תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי

לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

## 2. מקרה הביטוח

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

#### 3. הכיסוי הביטוחי

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

- שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל ספק שירות שלא בהסדר, לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
  - .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 וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל . לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.fnx.co.il לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 2.3 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח. לפי הענייו.

#### 4. תגמולי ביטוח:

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

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

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

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

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

- 4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסויימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תכנית שב"ן.
- במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן ,לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

#### .5 ברות ביטוח:

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

#### 6. חריגים:

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

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון 6.2 והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד 6.3 למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראיה, למעט הניתוחים הבאים:
  - ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

- פניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף 6.3.2 מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ -40
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים:
- 6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, ,כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א- 1980;
- מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית:
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 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 כמפורט בסעיף מס' 8 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- ניתוח שבוצע בישראל ושאין לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

#### .7 תקופת אכשרה:

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

# פרק ד' -כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

#### הגדרות:

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

- מקרה ביטוח"- ביצוע ניתוח בחו"ל או ביצוע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל. 1.1
- 1.2 "ניתוח" פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון או טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח או מניעה של כל אחד מאלה.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או גלי קול או חשמל או גלים אלקטרומגנטיים או חום או קרינה רדיואקטיבית, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה. יובהר, כי הכיסוי על פי פרק זה אינו כולל זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/הזרקה, למעט הזרקות שנעשות תחת הדמיה לרבות הזרקה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול והחדרת פולימר לריאות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו – C.T אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח. למען הסר ספק בדיקות אלו יכוסו גם אם יוחלט כתוצאה מהן, שלא לבצע את הניתוח.

- "טיפול מחליף ניתוח" טיפול רפואי שנועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח במקומו הוא מבוצע וזאת ע"פ חוות דעת רופא מומחה בתחום, מטעם המבוטח ובתנאי שנותן הטיפול יהיה רשאי על פי החוק, לתת את הטיפול והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול יהיו בעלי רישיוו מתאים.
- **"תיאום ניתוח או טיפול"-** התקשרות וסידורים מנהלתיים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו<sup>'</sup> ייעשו ישירות על ידי החברה.
- בית חולים בחו"ל"- מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא, כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח או הטיפול
- "הטסה רפואית"- הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח הזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וכי ההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

## 2. תגמולי הביטוח:

#### 2.1 שכר מנתח/מרדים:

שכר מנתח ו/או מרדים שנבחרו על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור מראש שניתן על ידי החברה.

# 2.2 כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח והוצאות אשפוז לרבות במחלקת טיפול נמרץ, כולל הוצאות שתל כהגדרתו בסעיף 1.8 לפרק ג1 (ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח) עד לתקרה של 50,000 ₪ המושתל בגופו של המבוטח במהלך ניתוח, בדיקה פתולוגית ובדיקות מעבדה והדמיה הקשורות בניתוח והמבוצעות במהלך האשפוז וכמו כן תרופות במהלך האשפוז.

## 2.3 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח נזקק להטסה רפואית, על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח או הטיפול בחו"ל תעלה על 7 ימים ברציפות, תכסה החברה הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה רגילה למבוטח (אלא אם נזקק להטסה רפואית) ולמלווה וכן הוצאות שהייה למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך 800 ₪ ליום לכל אחד מהם.

אם המבוטח שבוצע בו הניתוח או הטיפול בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים בטיסה מסחרית רגילה והוצאות שהייה בגין שני מלווים. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לשני מלווים לא יעלה על 1,200 ₪ ליום לכל אחד מהם.

#### :הטסה רפואית

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או הטיפול, או חזרתו ארצה לאחר הניתוח או הטיפול, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית. הצורך בהטסה רפואית יקבע על-ידי רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח. הכיסוי כולל העברה יבשתית ו/או אווירית בין בתי החולים לשדה התעופה.

# 2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח או הטיפול אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה לא יעלה על 30,000 ₪.

#### 2.6 פיצוי חד פעמי בעת ניתוח או טיפול גדול:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח או טיפול יעלה על 10 ימים רצופים יינתן למבוטח פיצוי חד פעמי בסך 10,000 ₪ לכיסוי הוצאות שונות, וזאת בעת שובו של המבוטח לישראל.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח או טיפול גדול משמעו ניתוח או טיפול אשר האשפוז רגיוו עולה על עשרה ימיח

#### 2.7 שיפוי לאחר ניתוח גדול:

אם משך האשפוז בחו"ל לצורך ניתוח יעלה על 10 ימים רצופים, יינתן שיפוי להוצאות כמפורט להלן עד תקרה של 7,500 ₪ לכל הכיסויים יחד בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח:

- 700 שהיה במוסד החלמה מוכר בישראל עד 10 ימים ועד 2.7.1 ₪ ליום.
- 2.7.2 טיפולים פיזיותרפיים עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

- עד 150 ₪ למפגש, עד 150 ₪ למפגש, עד 150 ₪ למפגש, 27.3 השתתפות עצמית של 20%.
- שיקום כושר הדיבור עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, 27.4 שיקום עצמית של 20%.

למען הסר ספק יובהר כי ניתוח גדול משמעו ניתוח אשר האשפוז בגינו עולה על עשרה ימים.

# 2.8 פיצוי חד פעמי- בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח:

נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200.000 ₪.

#### 2.9 הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:

מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל

#### 3. תביעות:

בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח או טיפול, יידע את החברה באופן מידי על רצונו לבצע את הניתוח או הטיפול בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח ולמרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח או הטיפול בחו"ל.

# קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.

היה והניתוח או הטיפול יבוצע ללא אישור של המבטח מראש יכסה המבטח את עלות הניתוח או הטיפול בארץ, ע"פ הניתוח או הטיפול ובכל מקרה לא יותר מ-200% משווי הניתוח או הטיפול בארץ, ע"פ התעריף המרבי של חברת הביטוח.

#### 4. חריגים:

- 4.1 השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל אם וככל שמכוסים לפי פרק א' להסכם זה.
  - 4.2 לא תכוסה לידה בניתוח קיסרי שלא על רקע של צורך רפואי.
- ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים הנובעים ו/או הקשורים בעודף GASTROPLASTY משקל, למעט ניתוחי עודף משקל אשר יכוסו כאשר BMI שווה או גדול מ 35 או בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי בו מתבצע הניתוח.
- ניתוחי קוצר ראיה, למעט ניתוחים בהם ניתן אישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.
  - טיפולים במסגרת רפואה אלטרנטיבית. 4.5
- טיפולי פיזיוטרפיה (למעט כמוגדר בסעיף 2.7.2 לפרק זה) וטיפולים 4.6 כימותרפיים.
  - 4.7 הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת האשפוז.

4.8 מקרה הביטוח קשור במישרין לניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, למעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה או ניתוח שהינו המשך לניתוח שזכאותו אושרה על ידי החברה.

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

# פרק ה' -שירותים רפואיים נוספים

# 1. הגדרות לפרק זה:

- מקרה הביטוח" –שירותים רפואיים הנקובים בסעיפים 2-24 להלן שניתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח.
  - **1.2** "מועד קרות מקרה הביטוח" המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
- רופא מומחה" רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.

#### 2. התייעצות עם רופא מומחה:

החברה תשפה את המבוטח בסך של עד 1,400 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבוטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה, אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות ההתייעצות, למעט התייעצות עם רופא נשים בנושא בדיקות תקופתיות, בדיקות שיגרה ומעקב הריון, רופא משפחה ורופא ילדים במקרים של מחלות חום או מחלות ילדים שגרתיות. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ – 3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

# 3. <u>בדיקות הריון</u>

- 3.1 ביצוע סריקה על קולית לבדיקת מערכות עובר:
- מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות סריקה על קולית (מוקדמת ו/או מאוחרת) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת. הבדיקה תעשה אצל רופא מומחה גניקולוג. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.
  - 3.2 <u>בדיקת מי שפיר</u>:
- מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת מי שפיר או סיסי שליה או כל בדיקה שמטרתה גילוי מוטציות גנטיות בעובר. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.
  - 3.3 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:
- מבוטח/ת ת/יהיה זכאי/ת לשיפוי עבור הוצאות אבחון גנטי טרום לידתי. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.
  - 3.4 בדיקת חלבון עוברי:
- מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת חלבון עוברי. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.
  - 3.5 <u>בדיקת שקיפות עורפית</u>:
- מבוטחת תהיה זכאית לשיפוי עבור הוצאות בדיקת שקיפות עורפית. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל

#### 3.6 הפסקת היריון באמצעות גלולה:

במקרה בו קיים צורך בהפסקת היריון, בכפוף להוראות הפוליסה, באמצעות שימוש בגלולת מייפג'ין יכוסו הוצאות הטיפול עד לסך כולל של 4,000 ₪. סכום השיפוי המרבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל.

הכיסוי בגין כל אחת מבדיקות ההיריון הנ"ל בס"ק 3.1-3.5 יינתן עד לתקרה של סה"כ 6,000 ₪ לכל הבדיקות, להריון. במקרה של הריון רב עוברי התקרה תהיה 8,000 ₪ לכל הבדיקות, להריון. למען הסר ספק, בדיקות היריון ישולמו גם לאם פונדקאית שאיננה מבוטחת.

לסעיף 3 בדיקות הריון תקופת אכשרה בת 180 יום.

#### 4. טיפולים פיזיותראפיים/הידרותרפיים

המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין ביצוע טיפולים פיזיותראפיים או הידרותרפיים או ריפוי בעיסוק עד 150 ש"ח לטיפול, בעיסוק עד 15 טיפולים בשנה (לשלושת סוגי הטיפולים יחדיו) ועד 150 ש"ח לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%, ועד סכום מרבי של 2,250 ₪ לשנת ביטוח למבוטח.

#### 5. טיפולי שיקום:

מבוטח הנזקק על פי הנחיית רופא מומחה בתחום הרלוונטי בעקבות מחלה או תאונה שאירעו לראשונה במהלך תקופת הביטוח לטיפול שיקומי לרבות שיקום דיבור לאחר CVA (ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים) יהיה זכאי לכיסוי הוצאות טיפולי שיקום בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בגובה 20% ועד תקרת החזר בגובה 260 ₪ לטיפול ולא יותר מ- 12 טיפולים למקרה ביטוח.

במקרה של התעמלות לשיקום לבבי על פי הנחיית קרדיולוג, תקרת ההחזר תהיה בגובה 150 ₪ לחודש למשך 9 חודשים.

## 6. טיפולי פריון:

כל טיפול שתעבור מבוטחת שמטרתו כניסתה להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה וכל טיפול שיעבור מבוטח שמטרתו כניסת בת זוגו להריון ו/או הגדלת הסיכוי לכניסתה להריון, וזאת על פי הפניית רופא גינקולוג מומחה לטיפול בליקויי פריון. הכיסוי יכלול גם רכישת ביצית בחו"ל או רכישת זרע בארץ או בחו"ל. השיפוי יהיה עד ל- 12,000 ₪ לסדרת טיפול ועד ארבע סדרות לתקופת ההסכם.

למען הסר ספק הכיסוי יחול גם על שני בני זוג מאותו מין גם במקרה בו לא אובחנה בעיה רפואית.

לטיפולי פריון תקופת אכשרה בת 270 יום.

#### 7. שרותי פונדקאות:

השתתפות בהוצאות שירותי פונדקאות (לרבות הוצאות הבדיקות הנדרשות לשירותי הפונדקאות) בארץ או בחו"ל ובתנאי שהפונדקאות בוצעה ע"פ הוראות החוק לתרומת ביציות, וזאת עד 25,000 ₪ לסדרת טיפול ועד שתי סדרות לילד ועד שני ילדים לכל תקופת הביטוח, ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%. למען הסר ספק הכיסוי יחול גם על שני בני זוג מאותו מין גם במקרה בו לא אובחנה בעיה רפואית ובמקרה בו שני בני הזוג מבוטחים תחת פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח ע"פ סעיף זה רק לאחד מהם.

#### 8. בדיקות רפואיות אבחנתיות:

השתתפות בהוצאות בדיקות אבחנה לצורך אבחון, מניעת מחלה או קביעת דרכי טיפול אצל המבוטח עד לתקרות המפורטות למבוטח ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הבדיקה:

- א. השתתפות המבטח בבדיקות אבחנתיות עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח.
  - ב. השתתפות המבטח בבדיקות הדמיה עד 7,500 ₪ לשנת ביטוח.

#### 9. <u>טיפולים אונקולוגיים</u>:

כיסוי לטיפולים אונקולוגיים לרבות כימותרפיה, הקרנות וכל טיפול שנקבע ע"י רופא מומחה בתחום. עד לתקרה של 100,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

#### 10 בדיקות לרפואה מונעת:

למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA בדיקה, אחת ל- 3 שנים (לכל בדיקה) בדיקה PSA , בדיקת לחץ תוך עיני, עד 280 ₪ לבדיקה, אחת ל-

#### 11 בדיקות לגידולים ממאירים:

מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות בארץ או בחו"ל לצורך יישום רפואה מותאמת אישית בתחומי המניעה, האבחנה והתאמת הטיפול במחלות ממאירות עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.

#### 12 בדיקות גנטיות מניעתיות:

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי, חד-פעמי, לגילוי גנים סרטניים למחלות כגון אך לא רק: סרטן השד, סרטן המעי הגס, סרטן השחלות, סרטן בלוטת הערמונית עד לתקרה של 5,000 ₪ למבוטח לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

# 13 <u>חוות דעת רפואית שניה בחו"ל:</u>

מבוטח יהא זכאי לחוות דעת בחו"ל, לאחר קבלת חוות דעת רפואית ראשונה, עד 7,000 ₪ למקרה ביטוח. במידה והמבוטח נדרש לטוס לחו"ל לצורך קבלת חוות הדעת, יהיה זכאי להחזר נוסף בגיו הוצאות טיסה ושהייה עד לסר של 7,000 ₪.

# <u>טיפול על ידי מקרופאגים:</u> 14

טיפול על ידי מקרופאגים בפצעים פתוחים, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת עד לסך של 10,000 ₪ למקרה.

# 15 בדיקות אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה:

החזר הוצאות בגין בדיקות אבחון בעיות התפתחות ילדים וליקויי למידה שבוצעו ע"י פסיכולוג קליני, או פסיכולוג חינוכי או מכון אבחון או מאבחן המתמחה באבחון 1,700 או פסיכודידקטי. בדיקות כגון אך לא רק: BRC ,MOXO ,TOVA ועוד.. החזר עד 1,700 של לתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

# 16 טיפול בבעיות התפתחות ילדים וליקויי למידה:

החזר הוצאות בגין בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד שהוא נוירולוג ילדים או ע"י פסיכיאטר ילדים או ע"י מוסד אבחון מוכר בתחום, אצל ילד מגיל 3 ועד גיל 18, המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג. הכיסוי הינו עד 160 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית בסך 20%.

#### 17 אביזרים רפואיים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי כמפורט להלן בכפוף להפניה מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 80% ולא יותר מ- 2,000 ₪ לשנת ביטוח. החזר לאביזרים לרבות: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד לשנת ביטוח. החזר לאביזרים לרבות: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד CPAP או BPAP, מגביר קול לנפגעי לרינקס, מכשיר TNS, חבישות לחץ, סד גבס קל, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, בניה והתאמה מיוחדת של נעליים לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, מכשיר שמיעה בעקבות ליקוי לפואי כרוני מתועד, פאה לחולה אונקולוגי, תותב לאין אונות, משאבת אינסולין.

#### 18 ביקור רופא אצל המבוטח:

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאה הכספית בה נשא המבוטח עבור שירות ביקור רופא הניתן למבוטח ע"י אחת מחברות הנותנות שרות בתחום ביקורי הבית, כגון פמ"י וביקורופא (להלן:"הספק") או ע"י רופא אחר, בביתו או בכל מקום אחר בו הוא נמצא, או במרכז רפואה מידי (מר"מ) המופעל ע"י הספק, וזאת עד 150 ₪ ובהשתתפות עצמית של 25 ₪ ו**ללא תקופת אכשרה.** 

#### :ח/ות פרטי/ת:

החברה תשפה את המבוטח בגין השכרת שירותי אח/ות פרטי/ת, לצורך שמירה על המבוטח בעת אשפוז בבית חולים או בביתו (ללא קשר לביצוע ניתוח) ולא יותר מהסכום 750 ₪ לכל יום ועד 14 ימים בשנה ובכפוף להשתתפות עצמית של המבוטח בשיעור של 20% מההוצאה.

## 20 טיפולים בתא לחץ:

החזר הוצאות בגין טיפולים בתא לחץ עד לסך של 10,000 ₪ למקרה.

# 21 הזרקות חומרי סיכוך למפרקים:

הזרקות חומרי סיכוך למפרקים או לעמוד השדרה כגון : אורטוקין, חומצה היאלורונית, PRP ועוד עד לסך של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.

# 22 הזרקות תחת שיקוף:

הזרקות תחת שיקוף או הדמיה לעמוד השדרה עד לסך של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.

#### בזרקות לעיניים: 23

הזרקות שמטרתן טיפול במחלות רשתית כגון: ניוון רשתית מקולרי (AMD), בצקת מפגיעת הסוכרת בעין (רטינופטיה סוכרתית),ובצקת כתוצאה מחסימה ורידית בעין עד לסך של 5,000 ₪ למקרה ביטוח.

# 24 רפואה משלימה (אלטרנטיבית):

#### התחייבות המבטח 24.1

בקרות מקרה הביטוח המבטח ישפה המבטח את מבוטח עד ל 80% מההוצאות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית). תחומי הרפואה המשלימה שבגינם מבוטח ישופה הינם :

24.1.1 "אקופונקטורה" -טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

"הומיאופטיה" -שיטת טיפול כוללנית. העושה שימוש בתרופות 24.1.2 המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות. ביו פידבק" -טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור" 24.1.3 אלקטרוני לצורך מדידה מידית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל. כירופרקטיקה" - שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם 24.1.4 הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון. "אוסטיאופטיה" -טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות 24.1.5 השרירים והשלד על ידי שיפור הזרימה במערכות כלי הדם. הלימפה והעצבים. "פלדנקרייז" - טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף. תור פיתוח 24.1.6 מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים. "רפלקסולוגיה" - טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות 24.1.7 הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות. שיאצו" - לחיצות ועיסוי, בעיקר על ידי אצבעות הידיים, לאורך" 24.1.8 קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה. "נטורופתיה" - טיפול בגוף בשיטות טבעיות, המותאמות באופן 24.1.9 אישי לכל מטופל. "שיטת טווינא" - טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסז" 24.1.10 רקמות עמוק. "יעוץ דיאטטי" – התאמה אישית של תכנית תזונה. 24.1.11 "פרחי באר" – תמציות פרחים המסייעות ומונעות היווצרותה 24.1.12 של הפרעה גופנית, עוד לפני שהיא מתבטאת במחלה. סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה 24.2 על 150 ₪. סכום השיפוי המרבי הכולל שישלם המבטח למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על 2.400 ₪ לכל שנת ביטוח. הטיפול נעשה על רקע מצב רפואי שיוגדר על ידי רופא מטעם המבוטח. 24.3 לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא 24.4 ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים. הגבלות לאחריות המבטח – חריגים: 24.5 24.5.1 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:

24.5.2

24.5.3

טיפולים שאינם כלולים בסעיף 24.1

התמכרות(כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').

טיפולים ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או

# הוצאות עבור תרופות /או חומר מרפא ו/או חומרים אחרים 24.5.4 שהומלצו לצורך טיפול.

# 25 תקופת אשרה

לפרק זה תקופת אכשרה בת 60 יום למעט הסעיפים בהם צוין אחרת.

# פרק ו' -כתב שירות אבחון מהיר

#### 1. כללי:

תמורת תשלום פרמיה, כאמור בדף פרטי הביטוח, יהיה זכאי המנוי לשירות בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בכתב שירות זה ובתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות. כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת, אשר תהא בתוקף בכפוף לתוקפה של תכנית הבסיס (אליה נלווה כתב שירות זה). המבטח יהיה משוחרר מכל התחייבויותיו על פי כתב שירות זה, אם תכנית הבסיס וכתב שירות זה לא היו בתוקפם המלא במועד קבלת השירות בפועל.

כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד, ולא תשמשנה לצורך פרשנות. כתב השירות נוסח בלשון זכר ומתייחס לשני המינים כאחד.

#### ב. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שבצדם:

- מ."ברה" או "המבטחת" -הפניקס חברה לביטוח בע״מ.
- 2.2 תכנית בסיס תכנית ביטוח בריאות תקפה אשר הופקה ע"י החברה, אשר כתב שירות זה מהווה תכנית נוספת הנלוות לה.
- "ספק השירות" או "נותן השירות"-הרצליה מדיקל סנטר, רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח או כל נותן שירות אחר כפי שייקבע ע״י החברה.
- אדם ששמו או תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב **2.4** שירות זה והזכאי לקבל את השירותים.
  - **2.5** "השירות" או "השירותים" השירותים המפורטים בסעיף 3-4 להלן.
- **2.6 דף פרטי הביטוח-** דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
- **2.7 רופא** -אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג-1973.
- 2.8 רופא מומחה- רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, והסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- רופא ממיין -רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית או ברפואת משפחה או 2.9 ברפואת ילדים או בתחום התמחות כירורגית או גניקולוגיה.
- מוקד שירות מוקד שירות טלפוני "עודי עבור המנויים לשם קבלת השירותים 2.10 מוקד שירות זה. המוקד יפעל בימים א'-ה' בין השעות -08:30 המנויים בכתב שירות זה. המוקד יפעל בימים א'-ה'

- 17:00 למעט ערבי חג, וחג. מספר הטלפון של מוקדי השירות של ספק השירות עבור מנוי הפניקס 7-700-50-39-83
- 2.11 בדיקות רפואיות אבחנתיות בדיקות המבוצעות למנוי במסגרת השירותים הניתנים בכתב שירות זה במסגרת תהליך אבחון והכוללות בדיקות כגון בדיקה פיזיקאלית, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה. ולמעט בדיקות המוחרגות בסעיף 5 להלן.
- 2.12 הליך האבחנה -תהליך אותו יעבור המנוי על מנת לזהות באם קיימת בגופו מחלה, מה טיבה ומה הטיפול הרצוי והמתאים לה ושיעשה באמצעות רופא מומחה ובדיקות אבחנתיות.
- אשפוד- שהייה רצופה של המבוטח בבית חולים ציבורי או פרטי על פי הוראה מפורשת של רופא מוסמך, לפחות 24 שעות רציפות במחלקות המוגדרות על ידי בית החולים ו/או משרד הבריאות כמחלקו אשפוז ולמעט מחלקת שיקום.
- תקופת אכשרה תקופת זמן רצופה בת 45 יום מיום כניסתו לתוקף של כתב השירות. תקופה זו תחול פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה. במקרה של הפסקת המנוי וחידושו תחול על המנוי המחדש תקופת אכשרה מחודשת. בעת תקופת האכשרה לא יהיה זכאי המנוי לקבל מהספק את השירותים נשואי כתב שירות זה.
- **2.15 השתתפות עצמית** -סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי כתב השירות. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק השירות
- **2.16 המדד** מדד המחירים לצרכן המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
  - **15.09.2023 מדד הבסיס-**אשר פורסם ב **2.17** 
    - **2.18** מועדי ישראל שהנם ימי שבתוו.
  - **2.19 הפוליסה** -הפוליסה שאליה יצורף כתב שירות זה ככל שיצורף.
- **2.20 תקופת השירות** -תקופה שתחל במועד הנקוב בדך פרטי הביטוח ותמשך כל עוד לא הסתיים כתב השירות בהתאם לאמור בכתב השירות ובכפוף לו.

#### 3. הכיסויים: מפרט השירותים

יובהר כי כל השירותים הרפואיים הנכללים במסגרת כתב שירות זה- יסופקו על פי קביעת צוות הרופאים מטעם הספק שיש לקיימן, בכפוף וכמפורט בכתב השירות. חרף האמור לעיל, קבע הרופא הממיין ו/או המומחה כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכח כתב השירות המנוי דרש לבצעה על פי כתב השירות, אזי יפנה הספק את המנוי לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל הספק ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשה על ידי המנוי.

- להלן השירותים הכלולים בהסכם אשר יסופקו על ידי הספק:
  - א**בחון ראשוני** על ידי רופא ממיין ובכלל זה: 3.1.1
    - בדיקה פיזיקלית.

- בדיקות אבחנתיות ראשוניות- ובכלל זה וכגון בדיקות דם, שתן, צואה, אולטרא סאונד.
  - דו״ח אבחון ראשוני + המלצות להמשך טיפול.
    - אבחון מורחב על ידי רופא ממיין ו/או ובכלל זה: 3.1.2
      - MRI •
      - MRA
        - CT •
      - CT-PET
        - מיפויים •
- פגישת סיכום עם המנוי בהשתתפות רופא ממיין ו/או רופא מומחה ובכלל זה:
  - הסברת הממצאים, האבחנה, המלצות לטיפול
    - מתן דו״ח מסכם
- מתן טיפול רפואי כגון: טיפול כירורגי ו/או ביופסיות ו/או בדיקות פולשניות אחרות אשר אינן מפורטות בסעיף 3.1.1. ו- 3.1.2 לעיל "נתנו למבוטח בכפוף לאחד או יותר מהמקרים הבאים:
- במקרה ולמנוי ישנו כיסוי ביטוחי מתאים אצל הפניקס - השירות "נתן במימון הפניקס בהתאם לכיסוי הביטוחי הנוסף אשר יש למבוטח בפניקס
- בכפוף להמצאת התחייבות מקופת החולים עבור
   הטיפול הנדרש על ידי המנוי
- מימון עצמי של הטיפול על ידי המנוי ישירות לספק.

#### **4. שירות אבחון:**

3.1.4

#### 4.1 המנוי יהיה זכאי לשירותי אבחנה מהירה כמפורט להלן:

פנייה למוקד שירות - מנוי הנזקק להליך אבחנה על פי כתב שירות זה יפנה למוקד השירות הייעודי מטעם הספק למנו" כתב שירות זה, יזדהה בשמו, כתובתו ומספר תעודת הזהות שלו, וכן פרטים נוספים כפי שיידרש. לאחר אישור זכאותו של הפונה לשירות נשוא כתב שירות זה, יקבל נציג השירות מן המנוי בפקס או בדואר אלקטרוני חומר רפואי עדכני (באם קיים) הרלוונטי למקרה הרפואי. נציג השירות יעביר את החומר הרפואי לרופא ממיין בתחום ההתמחות הרלוונטי לפנייה.

שיחה טלפונית מקדימה עם רופא - לאחר קבלת החומר הרפואי, ותוך 6 שעות פעילות מוקד השירות מעת קבלתו, רופא מטעם ספק השירות "צור קשר טלפוני עם המנוי לשיחה ראשונית. במהלך השיחה ינחה הרופא הממיין את המנוי לגבי הנחיות מיוחדות לבדיקות הנדרשות במועד האבחון הראשוני (כגון צום, שתייה, טיפול תרופתי מקדים וכדומה).

אליך האבחון הראשוני - המנוי יגיע להליך האבחון הראשוני במקום ובמועד שנמסרו לו על ידי נציג השירות. במסגרת הליך האבחון יהא המנוי זכאי לבדיקה פיזיקלית ראשונית של רופא ממיין אשר "קבע את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הראשוניות כגון - דם, שתן, צואה, אולטרא סאונד, על פי הצורך ועל פי שיקול דעתו הבלעדית, הנדרשות לביצוע במסגרת תהליך האבחון. בדיקות אלו יבוצעו באותו יום ולאחר הבדיקה הפיזיקלית הראשונית. לאחר ביצוע הבדיקות יחזור המנוי לרופא הממיין לפגישת סיכום שבסיומה "מסר למנוי דו"ח אבחון הכולל את תוצאות הליך האבחון הראשוני והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך יופנה המנוי להליך אבחון מורחב כמפורט בסעיף 4.1.1.4 להלן.

בגין תהליך האבחון הראשוני ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 170 ₪.

הליך אבחון מורחב - כאמור בסעיף 4.1.1.3 לעיל, במידת הצורך ועל פי שיקול דעת הרופא הממיין יופנה המנוי לתהליך אבחון מורחב שיכלול בדיקות נוספות כגון CT- ,MRA ,MRI אבחון מורחב שיכלול בדיקות נוספות סגון CT ,PET, מיפוי, ביופסיות ובדיקות פולשניות אחרות. חרף האמור לעיל, קבע הרופא הממיין ו/או המומחה כי אין צורך בביצוע בדיקה/ות מכח כתב השירות והמנוי דרש לבצעה על פי כתב השירות, אזי יפנה הספק את המנוי לקבלת חוות דעת שנייה מטעם רופא אחר אצל הספק ביחס לבדיקה/ות אשר התבקשה על ידי המנוי.

הליך האבחון המורחב יתבצע בתוך **3 ימי עבודה מיום סיום תהליך האבחון הראשוני.** בהליך האבחון המורחב יתקיימו התייעצויות רפואיות של מספר מומחים בהתאם לצורך.

בסיום תהליך האבחון המורחב תתקיים פגישת סיכום עם הרופא הממיין ו/או רופא מומחה בתחום הרלוונטי, שבמהלכה יוסברו למנוי הממצאים, האבחנה, ההמלצות לטיפול וכן "נתן דוח מסכם. פגישת הסיכום תתבצע בתום קבלת כל תוצאות הבדיקות שנעשו. בכל מקרה התקופה לפגישת הסיכום לא תעלה על 4 ימי עבודה ממועד קבלת תוצאות הבדיקה האחרונה הנדרשת.

באם פרק הזמן ממועד סיום הבדיקה של האבחון המורחב ועד לקבלת התשובות הסופיות של הבדיקות השונות יעלה על שבוע ימים תתקיים פגישת ביניים בתום שבעה ימי עבודה ממועד סיום הבדיקה האחרונה.

בגין תהליך האבחון המורחב ישלם המבוטח השתתפות עצמית בסך 600 ₪ במצטבר (יובהר כי במקרה זה לא תיגבה השתתפות עצמית נוספת וסך זה הנו כולל גם את שירות

4.1.3

#### האבחון הראשוני בסעיף 4.1.1.3 לעיל).

- בתום תהליך האבחון יספק ספק השירות למנוי העתקים של תוצאות הבדיקות הרפואיות האבחנתיות והרשומות הרפואיות שנערכו במסגרת תהליך האבחון. תוצאות בדיקות ההדמיה יסופקו למנוי על גבי מדיה ממוחשבת.
- אם נדרש המשך טיפול על ידי בדיקות פולשניות ו/או עלה צורך להתערבות טיפולית כירורגית כמפורט בסעיף 3.1.4 לעיל, "נתנו השירותים על ידי ספק השירות במימון המבטח, וזאת אם רכש המנוי כיסוי ביטוחי מתאים. במידה שהמנוי אינו מחזיק בכיסוי כזה, ימציא המבוטח התחייבות מקופת החולים למימון הטיפול או יממן את השירות מכספו.
- ספק השירות יפעל בכפוף לאילוצים ושיקולים רפואיים לרכז את הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות במסגרת תהליך האבחון במספר ימים מצומצם כמפורט בסעיפים לעיל. בדיקות המחייבות הכנה מוקדמת יתואמו ככל הניתן לפני תהליך האבחון המהיר או במועד שייקבע בין ספק השירות למנוי, ובכל מקרה תוך פרק הזמן המפורט בסעיפים 4.1.1.3 לעיל.
- מובהר כי כל השירותים נשואי כתב שירות זה יינתנו אצל ספק השירות זה ו/או מי מטעמו ובמתקני השירות של הספק ו/או מי מטעמו.
- מחויבות המנוי מנוי אשר זומן על ידי ספק השירות לביצוע תהליך אבחון יתייצב בתאריך ובשעה שנקבעו לו ממוקד השירות ויריא עמו את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים שררשותו.
- מחויבות ספק השירות במקרה של אבחנת מחלה נוספת במידה שבתהליך האבחון תימצא בעיה רפואית ו/או מחלה אחרת נוספת לזו שבגינה פנה המנוי לקבלת השירות, יבצע ספק השירות תהליך אבחון מקיף אף לבעיה הנוספת שהתגלתה, וכל תהליכי האבחון אשר יבוצעו במסגרת פנייה זו ייחשבו כחלק מתהליך האבחון לכל דבר ועניין.

# 5. <u>חריגים:</u>

- .5.1 השירות לא יכלול שירות רפואי שאינו בדיקות רפואיות אבחנתיות בלבד.
  - 5.2 השירות לא יכלול טיפול רפואי או טיפול תרופתי מכל סוג שהוא.
- 5.3 השירות לא יכלול אבחון פסיכיאטרי ו/או הפרעות נפש ו/או מחלות נפש.
  - 5.4 השירות לא יכלול בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז.
- יובהר כי לא יתבצע תהליך אבחון ולא יינתנו שירותים על פי כתב שירות זה ללא תאום מראש עם מוקד השירות. כמו כן יובהר כי השירותים בגין כתב שירות זה אינם באים במקום פנייה לחדר מיון בהתאם לצורך רפואי.

- 5.6 השירות לא יכלול בדיקות רפואיות אבחנתיות המבוצעות להריון ו/או לידה ו/או פריון ו/או עקרות.
- סעיפי הסייגים /החריגים של נספח תנאים כלליים בבריאות שאליהם צורף כתב שירות זה, חלים גם על כתב שירות זה אלא אם נקבע אחרת בכתב שירות זה.

# 6. <u>התחייבות החברה ונותן השירות:</u>

#### 6.1 נותן השירות מתחייב כי:

- השירות "נתן על ידי גורמים מקצועיים, ורלוונטיים לסוג השירות, לפי העניין, כנדרש בחוק.
- תתקיים תקשורת עם הלקוחות יעילה וזמינה לפי המפורט 6.1.2 בסעיף 4 לעיל.
- 6.2 החברה ו/או נותן השירות אינם אחראים לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- הוצאות שהוציא מנוי עבור שירות החורג מהשירותים 6.2.1 המפורטים בכתב השירות.
- פגיעה בפעילות הספק השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת ספק השירות.

#### .7 כללי:

- 7.1 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.
  - קבלת השירות מותנית בהצגת תעודה מזהה.
- במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת אחד השירותים נשוא כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי לגוף המבצע את הבדיקה על ביטול פנייתו.
- 7.3 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות.
- 7.4 המנוי יודיע למוקד השירות על כל שינוי בכתובתו במספר הטלפון של ביתו ועל כל שינוי הקשור לאחד מבני המשפחה המנויה.
- פעילות שירותי אבחון לא תתקיים בשבתות, בחגים ובערבי שבת ו/או 7.5 בערבי חגים.
- יובהר כי המבטחת לא תהיה אחראית על הוצאות שהוציא המנוי והחורגות מהשירות המפורט בכתב השירות.
- מובהר בזאת כי במידה והספק לא יוכל לספק את השירות כמפורט בנספח זה, רשאי המנוי לפנות לגורם רפואי אחר ולקבל שיפוי עד לסף 2000 ₪ בגין ביצוע תהליך אבחנה מהירה.

#### 8. <u>השתתפות עצמית:</u>

- 8. המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 4 לעיל עבור כל תהליך האבחוו. התשלום יכלול למנוי את הזכות למפורט להלו:
  - שיחה טלפונית עם רופא ממיין. 8.1.1
  - 2.1.2 בדיקה ראשונית עם רופא ממיין.
- כל הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות לשם אבחון מצבו הרפואי של המנוי על פי סוג האבחון המפורט לעיל (ראשוני ומורחב) כפי שייקבעו על ידי רופא ממיין במהלך המפגש הראשוני ועל פי שיקול דעתו הבלעדי.
  - דו״ח אבחון ושיחת סיכום עם רופא ממיין.
  - 8.2 הסכום האמורים לרבות סכומי ההשתתפות העצמית כוללים מע״מ.
  - 8.3 הסכומים המפורטים לעיל צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש
- 8.4 במקרה של אי תשלום דמי ההשתתפות העצמית על ידי המנוי יהא ספק השירות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למנוי לאחר שנתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה על כך.

# 9. תקופת תוקפו של כתב שירות זה:

- 9.1 כתב שירות זה יכנס לתוקף החל מהמועד המפורט בדף פרטי הביטוח. תקופת הביטוח הינה לשנתיים ומתחדש כל שנתיים בהתאם לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות הנלווים לכתב שירות זה.
- 9.2 תוקפו של כתב השירות יפוג מאליו, אם תפוג תוקפה של תכנית הבסיס אליה נלווה כתב שירות זה.
- 9.3 מבלי לגרוע מהאמור מסעיף 9.2, תוקפו של כתב שירות זה יהיה למשך כל תקופת תכנית הבסיס של המנוי, לרבות באם תחודש תכנית הבסיס של המנוי, לרבות באם תחודש תכנית הבסיס של התוכנית לתקופות נוספות. תנאי החידוש יהיו כאמור בתנאים הכלליים של התוכנית הכסיסית
- 9.4 החברה רשאית לבטל את כתב השירות לכלל המנויים בהודעה בכתב, במידה והסכם ההתקשרות עם נותן השירות הסתיים והחברה לא מצאה נותן שירות חלופי ובכפוף לאישור המפקח על הביטוח.
- 9.5 ביטול כתב השירות יהא בהתאם להוראות כתב השירות ובהתאם להוראות תכנית הבסיס אליה נלווה כתב השירות ולהוראות הדין.
- 9.6 מובהר כי מקום בו התנאים בכתב השירות יסתרו את התנאים בתכנית הבסיס, יגברו ויחולו תנאי כתב שירות זה על אף האמור בתכנית הבסיס.
- 9.7 המנוי רשאי, בכל עת, לבטל כתב שירות זה בהודעה בכתב לחברה, והביטול "כנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול בחברה. המנוי יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי כתב השירות ששילם בגין החודש בו בוטל כתב השירות, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול בחברה. מובהר כי בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול כתב השירות לתוקף.

- 9.8 להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת השירותים על פי כתב שירות זה. יובהר כי אם פנה המנוי לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה המנוי זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום.
- 10. רשימת גבולות אחריות המבטח והשתתפויות עצמיות לכתב שירות- הסכומים הנקובים הנם לפי מדד אשר פורסם ביום 15.09.2023.

מוצהר ומוסכם בזה כי גבולות אחריות המבטח וההשתתפויות העצמיות המפורטים להלן מהווים חלק בלתי נפרד מכתב השירות.

- 10.1 המנוי ישלם השתתפות עצמית כמפורט לעיל בכל סעיף בנפרד וטבלת גבולות אחריות המבטח להלן עבור כל תהליך האבחון.
  - 10.2 הסכומים האמורים כוללים מע"מ
  - 10.3 הסכומים המפורטים צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.
- אם יידרש, בהתאם לתוצאות העסקיות, יעודכנו הסכומים האמורים אחת לשנתיים בלבד, ולא לפני 30.09.2025. והכל בכפוף לאישור השינוי (לרבות אי התנגדות)/היתר המפקח על הביטוח בהתאם להוראות הדין.
- 10.5 במקרה של אי תשלום ההשתתפות העצמית על ידי המנוי, יהא נותן השירות רשאי להפסיק ליתן השירותים למנוי לאחר שניתנה למנוי ולחברת הביטוח הודעה על כך בכתב.
  - 10.6 רשימת גבולות אחריות המבטח וההשתתפויות העצמיות לכתב שירות:

גבול	השתתפות עצמית	תאור השירות ו/או הכיסוי	'מס'
אחריות			הסעיף
המבטח			
ללא תקרה	₪ 170	הליך אבחון ראשוני	4.1.1.3
אצל ספק	200		4444
השירות	₪ 600	הליך אבחון מורחב	4.1.1.4

# דף רשימה

תקופת הביטוח: 60 חודשים.

מועד תחילת הביטוח: 30/09/2023

**.**15/09/2023 ביום המדד שפורסם ביום

# פרמיה חודשית בש"ח על פי מסלול ניתוחים מלא (פרקים א,ב,ג1,ד,ה,ו ):

₪ 102.50 - עובד

םת זוג - 102.50 ₪

ילד עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך

במשפחה – חינם)

ילד מעל גיל 25 - 102.50 ₪

# פרמיה חודשית בש"ח על פי מסלול ניתוחים לאחר מיצוי הזכאות בשב"ן (פרקים

## <u>א,ב,ג2,ד,ה,ו ):</u>

₪ 101.50 - עובד

בת זוג - 101.50 ₪

ילד עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך (בהתייחס לילדים עד גיל 25 - החל מילד שלישי ואילך

במשפחה – חינם)

ילד מעל גיל 25 - 101.50 ₪

#### אופן התשלום:

	מרוכז ע"י מעסיק (כולל גילום) מלול ניתוחים מלא	
בת זוג ב	במימון עובד- אמצעי גביה פרטי	
ב	במימון עובד- אמצעי גביה פרטי	
שהפך לילד בוגר בתקופת ההסכם ב	במימון עובד- אמצעי גביה פרטי	
ר של עובד המצרף את בני משפחתו	יל עובד המצרף את בני משפחתו במימון עובד- אמצעי גביה פרטי	

#### צוהד שיכות דורבים

92 פעיל – בין השעות 8:00 עד 16:30 16:30 טל: 03-7131313

## מחלקת תפעול – הגשת מסמכי צירוף

פקס: 7878498-074 service@dorbit.co.il דוא"ל:

# מחלקת תביעות – הגשת מסמכי תביעות

פקס: 7878621 074-7878621 דוא"ל: tviot@dorbit.co.il

## מנהל תיק ביטוח הבריאות

טל: 03-7131305 נייד (רפאל מלכה): 054-6208263 דוא"ל: refael.malka@dorbit.co.il

אתר ביטוח הבריאות המקום בו תמצאו מידע מלא ומפורט לגבי הפוליסה והאופן בו עליכם לפעול כאשר אתם צריכים שירות או להגיש תביעה.

הנחיות כניסה לאתר הבריאות של עובדי החברה:

- כנסו לאתר סוכנות דורביט: www.dorbit.co.il
  - בחרו בשער כניסה: "ביטוחי בריאות"
- בחרו בפקד (תחתון מצד שמאל) : "ביטוח קבוצתי" "כניסה לעובדים"
  - אתרו את לוגו החברה באמצעות חלונית החיפוש
  - לחצו על לוגו החברה שם המשתמש יוזן באופן אוטומטי
  - הקלידו את סיסמת כניסה: XXXX (ניתן לקבל סיסמא אצל המעסיק)

אנו מאחלים לכל מבוטחינו בריאות טובה צוות המשרד עומד לשירותכם בכל עת