



10 יוני 2013

לעובדים שלום,

ועד העובדים מציג בפניכם את תכנית ביטוח הבריאות לעובדים המנהליים, בני משפחותיהם וגמלאי הסגל המנהלי.

ביטוח הבריאות תמיד היה נושא בעל חשיבות עליונה בפעילות הועד כדי לדאוג לרווחת העובדים ובני משפחותיהם.

הביטוח החדש בחברת "מגדל" נכנס לתוקף ב-1.6.13.

בחירה בחברת "מגדל" כוללת שיפור משמעותי בכיסויים. הבחירה נעשתה לאחר בדיקה יסודית של הצעות נוספות שהוגשו, על ידי ועדה משותפת של הנהלת האוניברסיטה וועד העובדים, שהרי לפי החקיקה החדשה רק ההנהלה רשאית לחתום על ביטוח רפואי קבוצתי.

התכנית שנבחרה מעניקה למבוטח ובני משפחתו כיסוי טוב יותר, בתנאים משופרים ובפרמיה נמוכה משמעותית מפוליסה דומה הנרכשת באופן פרטי.

להזיכרם העובדים המנהליים בהסכם הקיבוצי מקבלים תמיכה חודשית של 20 ש"ח מהנהלת האוניברסיטה.

כל המבוטחים שהיו מבוטחים בעבר בחברת "הראל" - ממשיכים ברצף ביטוחי.

עובדים ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים ב"הראל" זכאים להצטרף כעת ללא הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי- במידה יעשו כך במהלך 90 יום מתחילת הביטוח (כלומר מה-1.6.13). אחרי 90 יום לא ניתן יהיה להצטרף ללא הצהרת בריאות.

טבלת הפרמיות מפורטת בחוברת. התשלום החודשי לעובדים יבוצע דרך יחידת השכר. גמלאים נדרשים לחתום על הוראת קבע.

החוברת המצורפת מפרטת את תנאי הפוליסה.

טיפול בתביעות :

מוקד השירות בטלפון - 03-7966820, שלוחה 3.המוקד פעיל בימים, א'-ה' בין שעות 8:30-16:30.

קבלת הקהל בכל יום רביעי וחמישי בין השעות 16:00-12:00, באוניברסיטה, בבניין וינר גרוס- אגף רישום ומנהל תלמידים - חדר 8.

במקרים דחופים בלבד ניתן לפנות ליניב לוי טל: 054-3355612.

בברכת בריאות טובה,

אבלין מילוא
יו"ר הועד

חברי ועדת ביטוח:
אבי בנעים
אייל יצחקי
אבי מאירוביץ

הנדון: שיפורים ושינויים בפוליסת הבריאות החדשה

פרק	פוליסה קודמת - חברת "הראל"	כיסוי חדש בפוליסה החדשה - חברת "מגדל"
כללי	ילד של עובד/ת, שלא היה מבטוח שגילו מעל 25 במועד ההצטרפות לביטוח חויב בהצהרת בריאות. התאמת פרמיה אחרי 15 חודש. אפשרות לשמירת זכויות בשהות בחו"ל.	הצטרפות ללא מגבלת גיל וולא הצהרת בריאות. במשך 90 יום מתחילת הסכם או ממועד תחילת עבודתו של עובד חדש. התאמת פרמיה כעבור 36 חודש, בסיום ההסכם. לא קיים.
	בדיקות הריון החרגו ממבטוחים ילדי עובדים	כל הכיסויים בפוליסה תקפים לכל המבטוחים כולל פרק בדיקות הריון.
פרק א השתלות איברים	השתלת לב מלאכותי. אפשרות למסלול פיצוי בפוליסה ללא שיפוי- (לבחירת המבוטח) - קבלת פיצוי אחרי ביצוע השתלה בפועל. גימלה אחרי השתלה - 4,000 ש"ח למשך 24 חודש.	הגדרה מרחיבה להשתלה למול הגדרה קודמת. הוספת השתלת שחלה וקרנית. השתלת כל איבר מלאכותי השתלת איבר מבעל חיים. קבלת פיצוי אחרי הרשמה במרכז הארצי להשתלות. 5,000 ש"ח למשך 24 חודש.
פרק ב תרופות שלא בסל	תקרת שיפוי - 1 מיליון ש"ח. ה.ע 250 ש"ח למרשם לחודש. מהתרופה השלישית ללא ה.ע.	תקרת שיפוי - 1.5 מיליון ש"ח. הרחבת הגדרת מקרה הביטוח. כיסוי לתוספי מזון בשילוב עם טיפול תרופתי. ה.ע 150 ש"ח בחודש למקרה ביטוח. אין השתתפות עצמית במקרה של תרופה למחלת סרטן.
פרק ג גילוי מחלה קשה	סכום ביטוח 15,000 ש"ח.	הגדלת מספר המחלות/אירועים מכוסים. לדוגמא: דלקת מוח. שיפור בהגדרות הביטוחיות - למשל: הורדת החרגות בסרטן. ניתוח אבי העורקים יכול ויתבצע גם באמצעות צנתור. סכום ביטוח 20,000 ש"ח.
פרק ד ניתוח פרטי בארץ ובחו"ל	הגדרת מקרה הביטוח- מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ניתוח.	הרחבת הגדרת מקרה הביטוח - ביצוע ניתוח. הרחבת ההגדרה של ניתוח. ניתוח לצורך מניעה על רקע גנטי. לדוגמא: כיסוי לכריתת שחלות, שדיים למניעה על רקע גנטי. ביצוע ניתוח באמצעות כירורגיה רובוטית. הרחבת ההגדרה של איזור מושלל בנימוח. לדוגמא: חומרי סיכור המוזרקים לפרקים, חומרים למניעת הידבקויות. בדיקה פתולוגית הרחבת ההגדרה. לרבות בדיקה ציטולוגית, בדיקה ביולוגית להתאמת טיפול. מכוסה גם בחו"ל.
	תחליפי ניתוח מכוסה רק בישראל.	

פרק	פוליסה קודמת - חברת "הראל"	כיסוי חדש בפוליסה החדשה - חברת "מגדל"
פרק ה אמבולטורי	<p>החזר להתייעצות - 75% ולא יותר מ 640 ₪ .</p> <p>התייעצות בחו"ל - עד 1,200 דולר לתקופת ביטוח.</p> <p>שיקום דיבור .</p> <p>אבחון התפתחות הילד - פעם אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>טיפול התפתחות הילד - 20 טיפולים תקופת ביטוח.</p> <p>רפואה משלימה - כתב שירות. ספקים של חברת הביטוח. 16 טיפולים בשנה למבטוח ועד 20 למשפחה.</p> <p>ייעוץ פסיכולוגי לפי בחירת המבטוח .</p> <p>מעקב הריון כחלק ממספר התייעצויות בפוליסה.</p> <p>פירות והפריה חוץ גופית- 10,000 ₪ לילד.</p> <p>בדיקות גנטיות בהריון - זכאות פעם אחת בתקופת ביטוח.</p>	<p>80% ולא יותר מ 900 ₪ .</p> <p>עד 4,000 ₪ למקרה. אין הגבלה על מספר המקרים.</p> <p>הרחבת ההגדרה לקבלת משרד קרדיולוגי - אשור רופא מומחה.</p> <p>שיקום דיבור ו/או ראייה.</p> <p>פעמיים בתקופת ביטוח.</p> <p>20 טיפולים לשנת ביטוח .</p> <p>הרחבת גילאי זכאות לקבלת אבחון/טיפול התפתחות הילד .</p> <p>ניתן לטפל אצל כל מטפל בעל רישיון. 12 טיפולים לכל מבטוח. כל מבטוח במשפחה זכאי לטיפולים .</p> <p>ייעוץ במסגרת כתב שירות . ספקים של חברת הביטוח .</p> <p>כיסוי לשרותי פונדקאות להריון.</p> <p>טיפולים אונקולוגיים עד 100,000 ₪.</p> <p>כיסוי לבדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטיים.</p> <p>כיסוי לאביזרים רפואיים עד 2,000 ₪ לתקופת ביטוח .</p> <p>כיסוי להתעמלות שיקומית .</p> <p>אין קיזוז למספר הפגישות למול התייעצות עם רופא מומחה.</p> <p>12,000 ₪ לסדרת טיפולים. כיסוי לשתי סדרות טיפולים לילד.</p> <p>זכאות לכל הריון.</p>

לשומת לב העובדים - צירוף תינוק שנולד במשך תקופת הביטוח, או צירוף בן/בת זוג מנישואין בתוך תקופת הביטוח אינו אוטומטי.

יש לוודא העברת בקשה מסודרת באמצעות נציג מגדל ומדור שכר .

גילוי נאות

חלק א' - ריכוז פרטים עיקריים על הפוליסה ותנאיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי אוניברסיטת תל אביב .
	2. שם בעל הפוליסה	אוניברסיטת תל אביב .
	3. החברה המבטחת	מגדל חברה לביטוח בע"מ .
4. הכיסויים		<ul style="list-style-type: none"> • השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א' • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' • כיסוי למחלות קשות - פרק ג' • כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובחו"ל כיסוי מהשקל הראשון , כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ משלים שב"ן פרק ד' • חבילת כתבי שירות - פרק ה' • שירותים רפואיים אמבולטוריים - פרק ו'
5. משך תקופת הביטוח	שלוש שנים מיום 01.06.2013 עד 31.05.2016	
6. תנאים לחידוש אוטומטי	לבעל הפוליסה שמורה הזכות להאריך את תקופת ההסכם לתקופה נוספת של 24 חודשים, אשר לא תעלה בסה"כ, יחד עם תקופת ההסכם הראשונה, על 60 חודשים בתנאים זהים, למעט הצמדת דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח (להלן: "תקופת האופציה").	
7. המשכיות		<p>בתום תקופת הביטוח של הפוליסה ו/או עם סיום ההסכם אם לא חודשה אצל מבטח אחר או מפאת עזיבת המבוטח את בעל הפוליסה (ולא לגמלאות), גירושין ב/ת הזוג, פטירת העובד, מבוטחים שהיו מבוטחים במסגרת פוליסה זו יהיו זכאים להצטרף לאחת מתוכניות הביטוח הבריאות הפרטיות שישווקו באותה העת על ידי החברה ("הביטוח הפרטי") בתנאים ועל פי התעריף הרשמי שיהיה נהוג בחברה באותה עת בביטוח הפרטי בתנאים הבאים:</p> <p>המעבר לפוליסת ההמשך תתאפשר במשך 60 יום ממועד הפסקת הביטוח וינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה על הכיסויים החופפים שבין הפוליסה הקבוצתית לביטוח הפרטי.</p> <p>ינתן הנחה של 20% מתעריף הביטוח הרשמי שיהיה נהוג באותה עת בביטוח הפרטי עבור גילו של המבוטח במועד המעבר לביטוח הפרטי וזאת לתקופה של 5 השנים הראשונות ולאחר מכן 10% הנחה לכל חיי הפוליסה .</p> <p>לתשומת הלב ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p>
8. תקופת אכשרה	אין למעט בפרקים המפורטים להלן :	<ul style="list-style-type: none"> • פרק ד'- שירותים רפואיים אמבולטוריים במקרה של טיפולים הקשורים בהריון תהא תקופת אכשרה בת 4 חודשים.
9. תקופת המתנה	אין	

תנאים	סעיף	נושא
<ul style="list-style-type: none"> פרק ב' - תרופות 150 ש"ח למרשם לחודש, בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח לחודש או תרופה למחלת הסרטן שעלותה מעבר להשתתפות העצמית לא תידרש השתתפות עצמית. פרק ד'- ניתוחים בישראל 20% השתתפות עצמית להתייעצות עם רופא מומחה עד 1,100 ש"ח להתייעצות. 20% השתתפות עצמית לטיפולים אחרי ניתוח כמפורט בסעיף 5.4 עד 140 ש"ח לטיפול פרק ה'- שירותים רפואיים ייחודיים יעוץ במיסוי ובזכויות כספיות הנובעות ממחלה תאונה או סיעוד - 150 ש"ח במקרה של ביקור רופא בבית - 25 ש"ח. במקרה של ייעוץ וסיוע פסיכולוגי 80 ש"ח לפנישה הראשונה ו 100 ש"ח לכל אחת מ- 11 הפגישות הנוספות. פרק ו' - שירותים אמבולטוריים החזר תשלום שבוצע במועד עד לסך המפורט בסעיפים 3.1-3.20 ובכפוף להשתתפות עצמית המפורטת בסעיפים לעיל. 	10. השתתפות עצמית	כללי (המשך)
אין	11. שינוי תנאים במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים
<p>פרמיה עבור פרקים א'-ו' מסלול ניתוחים מ"השקל הראשון" עובד/ת, גמלאית/ת עד גיל 67 - 95 ש"ח בן/בת זוג, ילד מעל גיל 30 - 95 ש"ח ילד בגילאי 25-30 - 50 ש"ח ילד עד גיל 25 - 15.5 ש"ח מבוטח/ת מעל גיל 67 - 189 ש"ח</p> <p>מסלול ניתוחים כולל שב"ן עובד/ת, גמלאית/ת עד גיל 67 - 82 ש"ח בן/בת זוג ילד מעל גיל 30 - 82 ש"ח ילד בגילאי 25-30 - 35 ש"ח ילד עד גיל 25 - 13.5 ש"ח מבוטח/ת מעל גיל 67 - 175 ש"ח</p>	12. גובה דמי הביטוח	דמי ביטוח
לילד - פרמיה קבועה עד גיל 25. ילד בגילאי 25-30 פרמיה קבועה למבוגר - פרמיה קבועה	13. מבנה דמי הביטוח	
אין.	14. שינוי דמי הביטוח במהלך תקופת הביטוח	
בכל עת, בהודעה בכתב למדור שכר אצל בעל הפוליסה ולחברה. אין החזר פרמיה לתקופה שבה הייתה הפוליסה בתוקף.	15. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי המבוטח	תנאי ביטול
<p>החברה תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בכל אחד מהמקרים הבאים: א. אם לא שולמו דמי הביטוח כסדרם בהתאם להוראות הפוליסה. ב. בכל מקרה שבו על-פי חוק חוזה ביטוח רשאית החברה לבטל את הפוליסה.</p>	16. תנאי ביטול הפוליסה על-ידי החברה	

תנאים	סעיף	נושא
סעיף 2.13 לתנאים הכלליים של הפוליסה אם קיימת החרגה, הפירוט מופיע בדף פרטי הביטוח.	17. החרגה בגין מצב רפואי קודם	חריגים
<ul style="list-style-type: none"> • סעיף 2 להסכם • סעיף 6 בפרק ב' לפוליסה • סעיף 3 בפרק ג' לפוליסה • סעיפים 6 ו 7 בפרק ד' לפוליסה • סעיף 6.3 בפרק ה' לפוליסה 	18. סייגים לחבות החברה	
<ul style="list-style-type: none"> • במקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי: בעת השרות הצבאי חלות הוראות והנחיות הצבא, המשתנות מפעם לפעם ועלולות להגביל או למנוע מן החייל קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים רפואיים שמחוץ למסגרת הצבא. לענין זה עלולה להיות השפעה על מימוש הזכויות המגיעות בהתאם לפוליסה • הגבלת אחריות בחו"ל: מתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל כמפורט בהסכם זה בלבד • קיימת אפשרות על פי דרישת המבוטח, לברר את זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים ולקבל את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית זו באמצעות מוקד השירות של החברה וכן באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il. 	19. תנאים מהותיים-	

חלק ב' - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס / או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
מסלול 1 שיפוי					
פרק א' - השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל					
<p>ברטרם תשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בישראל או בחו"ל תבחן החברה בין היתר, אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים התשס"ח 2008 ובכלל זה אם התקיימו התנאים המצטברים להלן:</p> <p>א. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל במדינה בה ההשתלה עתידה להתבצע.</p> <p>ב. מתקיימות הוראות חוק השתלת איברים לעניין איסור סחר באיברים.</p> <p>החברה תהיה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח רק אם התקיימו התנאים הנ"ל וכן יתר תנאי הפוליסה.</p>					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי הוצאות הבאות בעת ביצוע השתלות בישראל ובחו"ל ולטיפולים מיוחדים בחו"ל: הערכות רפואיות לפני ביצוע ההשתלה, הוצאות איתור והפקת מח עצם/ תאי גזע עד לסך 200,000 ש"ח, הוצאות לצורך קציר האיבר המושטל שימורו והעברתו, הוצאות אשפוז, הוצאות הצוות הרפואי וחדר הניתוח, כיסוי בעת האשפוז: בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות. הוצאות הבאות מומחה רפואי לישראל ומימון שהייתו כתחליף להשתלה או טיפול מיוחד בחו"ל. בכפוף לסכום הנקוב בנספח 1 תגמולי הביטוח	שיפוי	כן	תחליפי	כן
הוצאות נלוות	הוצאות נסיעה לחול של מבטח ומלווה אחד (2 מלווים במקרה של קטין), הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל אם המבטח אינו כשיר מבחינה רפואית, הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל, המשך טיפולים בארץ, מעקב בחו"ל הוצאות הטסת גופה לישראל, בכפוף לסכום הנקוב בנספח 1 תגמולי הביטוח	שיפוי	כן	תחליפי	כן
סכום השיפוי המרבי:	להשתלת איבר: אצל נתן שירות שבהסכם-שיפוי מלא אצל נתן שירות שלא בהסכם עד 5,000,000 ש"ח השתלת לב מלאכותי 1,000,000 ש"ח לטיפול מיוחד בחו"ל: עד 900,000 ש"ח למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי /פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס / או השב"ן	תגמולים מביטוח אחר	קיזוז
מסלול 2- פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה						
כיסוי ביטוחי	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה בגין השתלה שבוצעה בחו"ל -350,000 ש"ח בגין השתלה שבוצעה בארץ - 100,000 ש"ח	פיצוי	לא	מוסף	לא	לא
כיסוי נוסף						
גמלת האחר השתלה	לאחר ביצוע השתלה יהיה זכאי המבוטח לגמלה חודשית בסך 5,000 ש"ח למשך תקופה של 24 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה. במקרה של השתלת קרנית 4,000 ש"ח למשך 3 חודשים	פיצוי	לא	מוסף	לא	לא
פיצוי כתוצאה מתרומת איבר לקרוב	גמלה חודשית בסך 6000 ש"ח למשך 12 חודשים	פיצוי	לא	מוסף	לא	לא
פרק ב' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי						
הכיסוי הביטוחי	כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות או תרופות הכלולות בסל הבריאות אך לא להתוויה הרפואית המוגדרת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובלבד שאושרו לשימוש הנדרש בישראל או באחת המדינות המוכרות וכן, תרופות יתום ותרופות שהוגדרו כ-OFF LABEL, על פי תנאי הפוליסה.	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן	כן
סכום השיפוי המרבי	עד 1,500,000 ש"ח למבוטח לתקופת ההסכם	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן	כן
שיפוי לשרות או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה	עד 200 ש"ח ליום לא יותר מ- 60 יום בגין כל מקרה ביטוח.	שיפוי	כן	תחליפי ומוסף	כן	כן
פרק ג'- כיסוי למחלות קשות						
הכיסוי הביטוחי	פיצוי בסך 20,000 ש"ח בקרות מחלה קשה או אירוע רפואי חמור מתוך רשימה של 33 מחלות ואירועים רפואיים המופיעים בפוליסה. ובמקרים מסוימים מתן פיצוי בסך 10,000 ש"ח למקרה ביטוח שני.	פיצוי	כן	מוסף	לא	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ד' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובחול					
כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע ניתוח פרטי בישראל: שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז בבית חולים פרטי, ובדיקה פתולוגית.	שיפוי	כן	תחליפי	כן
סכום שיפוי מרבי	ניתוח באמצעות נותני שירות בהסכם עם המבטח - שיפוי מלא, ניתוח באמצעות נותני שירות שלא בהסכם עם המבטח שכר מנתח, רופא מרדים הוצאות חדר ניתוח ואשפוז - שיפוי בגין הוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבטח ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה לשכר מנתח הסכם הגבוהה ביותר מבין מנתחי ההסכם של המבטח או לפי העלות המרבית המשולמת בגין אותו ניתוח המבוצע ע"י מנהל מחלקה בשר"פ הדסה במחיר המוצע לציבור הרחב שלא במסגרת הסכם עם המבטח- הגבוהה מביניהם	שיפוי	כן	תחליפי	כן
כיסויים נלווים לניתוחים	התייעצות עם הרופא המנתח, התייעצות עם רופא מומחה בישראל, שתל/תותב בניתוח, שכר אחות פרטית בעת אשפוז, הסעה באמבולנס	שיפוי	כן	תחליפי	כן
פיצוי בגין ניתוח המבוצע ללא מעורבות החברה	10000 ש"ח לכל יום אשפוז לתקופה שלא תעלה על 21 יום ולא יותר מ 50% מעלות הניתוח ניתוח חרום - 400 ש"ח ליום ולא יותר מ 50% מעלות הניתוח	פיצוי	כן	מוסף	לא
פיצוי חד פעמי במקרים מיוחדים עקב ביצוע ניתוח	הדבקות בנגיף הפטיטיס B בסך 100,000 ש"ח הדבקות במחלת ה- AIDS - 350,000 ש"ח מוות כתוצאה מניתוח תוך 7 ימים מהניתוח 100,000 ש"ח	פיצוי	כן	מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	תגמולים מביטוח אחר
כיסויים נוספים	טיפול שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה, שכירת מכשיר טלויזיה	שיפוי	כן	מוסף	כן
אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח	פיצוי חודשי בסך 4,000 ₪ לחודש לאחר 30 ימי המתנה לתקופה של 12 חודש.	פיצוי	לא	מוסף	לא
פיצוי בגין אישפוז ארוך מעל 10 ימים	פיצוי חד פעמי של 2,000 ₪	שיפוי	כן	מוסף	כן
כיסוי ביטוחי נוסף בגין ניתוח טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל					
כיסוי ביטוחי נוסף בגין ביצוע ניתוח בחו"ל	כיסוי מלא שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.	שיפוי	כן	תחליפי	כן
הוצאות נוספות	כיסוי להוצאות הטסה רפואית של המבוטח לחו"ל ובחזרה לרבות הטסה רפואית, כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל מעל 7 ימים יכוסו הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבוטח קטין - שני מלווים) כיסוי להוצאות הטסת גופה: כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:	שיפוי	כן	תחליפי	כן

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	שיפוי / פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
נספח לפרק ד' כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ מסלול משלים שב"ן					
כן	מוסף	כן	שיפוי	<p>הכיסוי במסלול זה מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין הניתוח המכוסה בפוליסה, רק מעל ומעבר להשתתפות השב"ן ועד לתקרה הקבועה בפוליסה.</p> <p>למימוש הכיסוי הביטוחי בגין הפוליסה, על המבוטח לפנות לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותיו על פי תכנית השב"ן וכן לפנות לאגף תביעות בחברה למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.</p> <p>כיסוי להוצאות הבאות בעת ביצוע ניתוח פרטי בישראל שמעבר למלוא הזכויות המוקנות במסגרת תוכנית השב"ן; שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות אשפוז, שתל, בדיקה פתולוגית.</p>	הכיסוי הביטוחי
				<p>הסכום המקסימלי שהמבטח יחוב למבוטח על פי סעיף זה לא יעלה על סך הוצאותיו בפועל ועד לתקרה הקבועה בצד כל הוצאה בנספח תגמולי הביטוח.</p> <p>במקרים בהם השב"ן אינו מכסה מקרה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אפשרה/המתנה בשב"ן וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר - ישפה המבטח עבור הוצאות המצוינות לעיל מהשקל הראשון.</p>	סכום שיפוי מרבי
				<p>במקרה של סיום חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אפשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("סיום החברות בשב"ן") היא המבוטח זכאי לרצף ביטוחי בגין הכיסויים החופפים שבין הכיסוי לניתוחים "משלים לשב"ן למסלול ניתוחים 'מהשקל הראשון'".</p> <p>זכות זו מוקנת למבוטח בתנאי שהודיע על כך למבטח בכתב תוך 60 יום ממועד סיום החברות בתכנית השב"ן.</p> <p>תנאי חיתום רפואי שנקבעו בגין פוליסה זו יחולו גם על תנאי פוליסת ההמשך.</p>	ברות ביטוח למסלול ניתוחים מהשקל הראשון

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי / פיצוי	צורך באישור המבטח מראש - ע"י מחלקת תביעות של המבטח	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ה' - כתב שירות- שירותים מיוחדים					
הכיסוי הביטוחי	שירות מוקד מידע טלפוני בנושאים שונים, שירות ביקור רופא לילי, שירותי סיוע ויעוץ פסיכולוגי.	מתן שירות בפועל	כן. באמצעות מוקד הספק	מוסף	לא
פרק ו' - ביטוח לשירותים רפואיים אמבולטוריים					
הכיסוי הביטוחי	התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות ושירותים להריון, סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי, מעקב הריון, פיצוי בגין שמירת הריון טיפולי מריות וטיפול טיפולי הפריה חוץ גפית בארץ ובחול, מימון לשירותי פונדקאות טיפולים אונקולוגיים, טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי בדיקות רפואיות אבחנתיות, כיסוי לחוות דעת שנייה בחול, כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית, בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטיים, טיפולים ברפואה משלימה בעיות הרטבה לילדים, טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות/ליקוי למידה של ילדים, שמירת אחות ופיצוי באשפוז, שיקום הדיבור ו/או הראיה או טיפול ב- amblyopia, מנני לשירותי משדר קרדיוולוגי, אבזורים רפואיים כיסוי מיוחד לילדים- פיצוי בגין היעדרות מבית ספר, שהייה במוסד החלמה, התעמלות שיקומית	שיפוי	כן	תחליפי	כן
סכום שיפוי מרבי	החור תשלום שבוצע בפועל עד לסך המפורט בסעיפים 3.1-3.20 ובכפוף להשתתפות עצמת המפורטת בסעיפים לעיל.				

הגדרות - הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן :

"ביטוח תחליפי" - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מהשקל הראשון").

"ביטוח משלים" - ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי הביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין הוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.

"ביטוח מוסף" - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

הנחיות להגשת תביעה

בהיוודע לך על צורך בשירות רפואי כלשהו המכוסה על פי הפוליסה עליך לפנות

למוקד תביעות של מבטח סימון בטלפון: 03-7966820

המוקד פעיל בימים א', ב', ג', ד', ה' בין השעות 08:30-16:30

במקרים דחופים לאחר שעות העבודה, ניתן לפנות למוקד רפואי בטלפון: 03 5688190

המוקד פעיל בימים א'-ה' מהשעה 17:00 בערב ועד השעה 8:00 למחרת, ובימי שישי, שבת וחגים - 24 שעות ביממה.

לפניות בכתב:

"מבטח סימון סוכנות לביטוח" אגף הבריאות רח' היצירה 2 קריית אריה פתח תקווה ת.ד. 3063 מיקוד 49130

במקרה של צורך בהשתלה, ניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל:

מאחר וביצוע השתלה או ניתוח או טיפול בחו"ל הינו הליך מורכב והטיפול בו שונה מאדם לאדם, חשוב ליצור קשר טלפוני עם מוקד התביעות, בהקדם, אך בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, כדי לקבל הנחיות כיצד יש לטפל בתביעה.

במקרה של צורך בתרופה שאינה כלולה בסל הבריאות:

עם היוודע על הצורך בתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, שעלותן עולה על סכום ההשתתפות עצמית לתרופה לחודש, עליך לפנות אל מגדל בתביעה לצורך קבלת אישור לתשלום תגמולי הביטוח. לאחר קבלת האישור כאמור, במהלך תקופת נטילת התרופה, עליך להגיש למגדל כל 3 חודשים, מרשם חתום על ידי רופא מומחה או רופא בית החולים בצירוף קבלות המעידות על רכישת התרופות בפועל.

למבוטחים במסלול ניתוחים מהשקל הראשון -

במקרה של צורך בניתוח:

לאחר שבחרת את הרופא המנתח, עליך לפנות למגדל בתביעה הכוללת מידע בין היתר על הרופא ופירוט לגבי הניתוח שאמור להתבצע.

בנוסף, לעזרתך, באתר האינטרנט של מגדל ניתן למצוא רשימה של כל הרופאים שבהסכם עם מגדל, הכוללת את מיטב המנתחים בישראל.

ביצוע ניתוח או טיפול מכוסה באמצעות רופא הסכם יבטיח לך כי התשלום בגין ביצוע טיפול המכוסה בפוליסה, יועבר ישירות מחברת הביטוח לרופא ההסכם.

למבוטחים במסלול ניתוחים כולל שב"ן -


הכיסוי הניתן לכם במסגרת הפוליסה בגין ניתוחים בישראל מהווה רובד משלים לתכנית השב"ן.

בעת הצורך בביצוע הניתוח עליכם לפנות תחילה לקופת החולים לימימוש הזכויות על פי תכנית השב"ן. במקביל יש לפנות למוקד התביעות של מגדל לצורך קבלת תגמולי ביטוח בגין הניתוח מעבר להשתתפות השב"ן ועד לתקרה הקבועה בפוליסה.

את טופס התביעה ניתן לקבל ממוקד השירות או באמצעות אתר האינטרנט של מגדל שכתובתו:
www.migdal.co.il

לנוחיותך, להלן מסמכים של להגיש בצירוף לטופס התביעה (לפי סוג האירוע)

1. לצורך הגשת תביעה בגין ניתוח / השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי:
 - 1.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתני סובל המבוטח מהבעיה).
 - 1.2 הפניה לניתוח
 - 1.3 העתק תוצאות בדיקות
 - 1.4 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:
 - 2.1 סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
 - 2.2 מכתב שחרור מבית החולים.
 - 2.3 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי:
 - 3.1 סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתני סובל המבוטח מהבעיה).
 - 3.2 טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר)
 - 3.3 מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
 - 3.4 קבלות מקוריות.
 - 3.5 אישור מקופת חולים כי התרופה אינה מכוסה במסגרת סל הבריאות

יודגש כי במקרה תביעה ייתכן שיתבקשו מסמכים ומידע נוסף 

להזכירך, במקרה של צורך בשירות רפואי המכוסה על פי הפוליסה לרבות ביצוע ניתוח, השתלה או צורך בתרופות שלא בסל הבריאות, יש לפנות מראש למוקד התביעות, וזאת בטרם ביצוע הטיפול הרפואי, לבירור הזכאות על פי הפוליסה.

לשימושך מדריך להגשת תביעות אינטראקטיבי באתר מגדל בכתובת:

www.migdal.co.il

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי לעובדי אוניברסיטת תל אביב ובני משפחותיהם

מבוא - תנאים כלליים לכל פרקי הפוליסה

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, תשפח החברה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה, בהתאם לאמור בתנאי פוליסה זו.

1. המבוטחים

- 1.1. עובדים אצל בעל הפוליסה, החברים בארגון הסגל המנהלי, בני/בנות זוגם (כולל בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או מתגוררים יחד - בכפוף להצהרה בכתב), וילדיהם, לרבות ילדי בן/בת זוג, לרבות ידועה/בציבור, ובתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
- 1.2. עובדים אצל בעל הפוליסה, שלא חברים בארגון העובדים, בני/בנות זוגם (כולל בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או מתגוררים יחד - בכפוף להצהרה בכתב) וילדיהם, לרבות ידועה/בציבור, בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. עובדים אלה לא היו מבוטחים בביטוח הקודם אצל בעל הפוליסה.
- 1.3. גמלאים של בעל הפוליסה, בני/בנות זוגם וילדיהם, לרבות ידועה/בציבור. שארים של גמלאי שנפטר, וילדיהם.
- 1.4. יובהר, כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה, אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה זה יועברו תצהירים המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה עקב איזו מהסיבות דלעיל.
- 1.5. גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות). למען הסר ספק, לצורך חישוב דמי הביטוח, חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו 10 חודשים יחשב כגיל 30.
- 1.6. להסרת ספק, יובהר כי כל המבוטחים עפ"י הסכם זה כמוגדר לעיל יוכלו להיות מבוטחים בהסכם זה, כל עוד ההסכם בתוקף וכל עוד דמי הביטוח החודשיים משולמים בגינם במרוכז באמצעות בעל הפוליסה או בגבייה אישית, בהתאם לעניין.

2. מהות וכיסויים בביטוח

- 2.1. הפרקים בפוליסה: כיסוי להשתלות איברים בארץ ובחו"ל, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, פיצוי עקב גילוי מחלה קשה/אירוע קשה, כיסוי לניתוח פרטי בארץ ובחו"ל ותחליף ניתוח בארץ ובחו"ל, כתיב שירות וכיסויים אמבולטוריים.

- 2.2. רשימת גבולות אחריות המבטח - כמפורט בנספח 1 לפוליסה.
- 2.3. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה המיטיבה את תנאי הביטוח, 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.
- 2.4. המבטח מתחייב להודיע לבעל הפוליסה על כל שינוי בסל הבריאות או בתקנות משרד הבריאות שיש להם השפעה במישרין או בעקיפין על זכויות המבוטחים.
- 2.5. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכןם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.
- 2.6. במקרה כאמור לעיל, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.
- 2.7. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת מתנאי הביטוח, ומחייבת את יישומו תוך כדי תקופת ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

3. תקופת הסכם הביטוח

- 3.1. תקופת הסכם הביטוח (להלן: "**ההסכם**" או "**הביטוח**") הינה 3 שנים, שתחילתן בתאריך 1.6.2016 (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומן בתאריך 31.5.2016 (להלן: "**תקופת ההסכם**").
- 3.2. לבעל הפוליסה שמורה הזכות להאריך את תקופת ההסכם לתקופה נוספת של 24 חודשים, אשר לא תעלנה בסה"כ, יחד עם תקופת ההסכם הראשונה, על 60 חודשים בתנאים אלה, למעט הצמדת דמי הביטוח כאמור בסעיף 13 והתאמת דמי הביטוח כאמור להלן בסעיף 9.5 (להלן: "**תקופת האופציה**").
- 3.3. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 3.2 לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של 90 יום מיום סיום ההסכם, בתנאים אלה.
- 3.4. על אף האמור לעיל בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק את ההסכם בכל עת בהודעה מוקדמת של 90 יום. סעיף זה גובר על כל תנאי אחר בהסכם ו/או בפוליסה ו/או בתנאי המכרז.
- 3.5. מודגש, כי במועד סיום ההסכם בין אם במועד סיומו כאמור בס"ק 3.1 לעיל ובין אם במועד סיומו כאמור בס"ק 3.4 לעיל, ישמרו למבוטחים הזכות להמשכיות כמפורט בסעיף 6.4.

4. צירוף מבוטח:

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

4.2. האמור בסעיף 4.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

א. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.

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

4.3. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח, שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 4.2 לעיל, והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבטל 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.

5. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו, זכות המשכיות

5.1. תוקף הביטוח לפי פוליסה זו, על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבטחים, יהיה המאוחר מהסעיפים הבאים:

5.1.1. היום בו נרשם המבטח בקובץ המבטחים אצל בעל הפוליסה.

5.1.2. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

5.1.3. הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן אישור המבטח בכתב, במקרה שנדרש מילוי הצהרת בריאות בהתאם להוראות פוליסה זוץ.

5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

5.2.1. היום האחרון בחודש בו הפסיק העובד/ת להשתתף לקבוצת המבטחים, במידה ולא המשיך להיות מבטח כגמלאי של בעל הפוליסה. ביטול הפוליסה ע"י העובד/ת משמעו ביטול גם לגבי בני משפחה המבטחים.

5.2.2. בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 3 לעיל.

5.2.3. ביטול הפוליסה ע"י מבטח בכתב, מסיבה כלשהיא.

5.2.4 לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/ת וכל עוד העובד מבוטח בפוליסה - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 25, תישלח המבטחת הודעה לעובד/ת במכתב לביתו ולבעל הפוליסה הודעה לגבי הגעת הילד/ה לגיל 25 ועליית התערוף לפרמיה שנקבעה לגילו. במידה ובחר העובד/ת שלא להמשיך את הביטוח לילד שהגיע לגיל 25- יוכל להמשיך לביטוח פרט בהתאם לסעיף 5.4.

5.2.5 לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/ת וכל עוד העובד מבוטח בפוליסה - 90 יום לפני הגעתו של הילד המבוטח לגיל 30, תישלח המבטחת הודעה לעובד/ת במכתב לביתו ולבעל הפוליסה הודעה לגבי הגעת הילד/ה לגיל 30 ועליית התערוף לפרמיה שנקבעה לגילו. במידה ובחר העובד/ת שלא להמשיך את הביטוח לילד שהגיע לגיל 30- יוכל להמשיך לביטוח פרט בהתאם לסעיף 5.4.

5.3. אופן הצטרפות לביטוח :

5.3.1. עובדי בעל הפוליסה בני/ות זוג וילדיהם וידועים בציבור, גמלאים בני/ות זוג וילדיהם וידועים בציבור, שארים של גמלאי וילדיהם, אשר היו מבטוחים בביטוח הקודם, יצרכו לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. מועד תחילת הביטוח מבחינתם יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח הקודם שהסתיים ב 31.5.2013. מבטוחים קיימים שמילאו הצהרות בריאות בביטוח הקודם, הצהרת הבריאות תהיה בתוקף 12 חודשים מתאריך מילוי הצהרת הבריאות ולאחר מועד זה היא תבוטל. תחילת הביטוח תהיה מועד הצטרפותם לביטוח הקודם. תחולת סייג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 6 החל ממועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

5.3.2. עובדי בעל הפוליסה, בני/ות זוג וילדיהם וידועים בציבור, וילדיהם של גמלאים אשר לא היו מבטוחים בביטוח הקודם, יהיו רשאים להצטרף לביטוח, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו החל המבטח הראשי לעבוד אצל בעל הפוליסה, או תוך 90 יום ממועד תחילת ביטוח זה. מועד תחילת הביטוח מבחינתם יהיה המועד בו הצטרפו לביטוח זה. גמלאים בני/ות זוג וידועים בציבור אשר לא היו מבטוחים בביטוח הקודם, יהיו רשאים להצטרף לביטוח, בכפוף למילוי הצהרת בריאות מקוצרת- נספח 3 להסכם. לא תהיה תקופת אכשרה.

5.3.3. עובד/ת שנישא בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. עובד/ת שסיים תקופת חל"ת יכול להצטרף, הוא ובני משפחתו, לביטוח תוך 90 יום ממועד סיום החל"ת וחזרתו לעבודה סדירה ובתנאי שבמועד תחילת הפוליסה הוא היה בחל"ת.

5.3.4. מבטוחים אשר יבקשו להצטרף לכל אחד מפרקי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים, כי בגין מבטוחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות וחיתום, המבטח יאשר/יחדה את קבלתם לביטוח ע"פ פוליסה זו, תוך פרק זמן שלא יעלה על 15 יום ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.

5.3.5. תינוק שנולד למבוטח/ת יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה ובלבד שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו. זכאותו לתגמולי ביטוח ללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם.

5.3.6. עובד/ת שנפטר/ה, ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.

5.4. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם:

במקרה בו הופסקה הפוליסה ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבטח מסיבה כלשהיא, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת פוליסה זו מסיבה כלשהי לרבות: פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין או ילד/ה של עובד/ת מבוטח שהגיע לגיל 25 או 30, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים (ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית) ובתעריפים שיהיו הוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח ובהנחה בשיעור של 20% בביטוח הבריאות, מתעריפי הפוליסה הפרטית ל- 5 השנים הראשונות ולאחר מכן בשיעור של 10% לכל חיי הפוליסה, מתעריפי הפוליסה הפרטית. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם, תקופת אכשרה ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח לפוליסה זו, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש, כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום מיום קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשיכות.

במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים.

היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

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

6. מצב רפואי קודם

6.1. הגדרות:

"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 הצטרפות לביטוח.

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

6.2. תחולת חריג מצב רפואי קודם

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו ב"מועד הקובע" כהגדרתו להלן:

6.2.1. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

6.2.2. למען הסר ספק - חריג מצב רפואי קודם יחול על מבוטחים חדשים אשר צורפו לפוליסה זולאחר מילוי הצהרת בריאות וללא מילוי הצהרת בריאות, למעט אם עברו ברצף ביטוחי מפוליסה פרטית או קבוצתית אחרת לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד ובאישור המבטח.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יוגדר כדלהלן: למבוטחים חדשים יחשב ה"מועד הקובע" כמועד הצטרפותם לפוליסה זה.

6.2.3. נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב רפואי קודם ולא יגלה למבטח על מצבו -- יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

6.2.4. הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהא המבטח רשאי לסייג חבותו ו/או את היקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים וסייג זה יהיה תקף לתקופה שתקבע ע"י המבטח לצד אותו מצב רפואי מסוים, לרבות בתקופות מחודשות. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

6.2.5. הודיע המבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים, הנזכר בהודעת המבוטח. סעיף זה יחול על מבוטחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.

6.2.6. על אף האמור לעיל, מבוטחים חדשים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח) -- יחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הקודם או לביטוח הפרטי / הקבוצתי, בהתאמה, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

6.2.7. מובהר בזאת כי תחולת חריג מצב רפואי קודם לא תהיה בתוקף לגביי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק ו-1 פרק אמבולטורי וכי הזכאות תקום בכפוף להגדרת מקרה הביטוח.

7. תשלום בעת תביעה:

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, מתחייב המבטח לשפות ו/או לפצות את המבוטח, או לשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור בגין

ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידו לנותן השירות שבהסכם ובהתאם לנספחים המצורפים להסכם כחלק בלתי נפרד ממנו לרבות נספח 1 להסכם.

אישור התביעה יעשה תוך 7 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה. מובהר ומוסכם, כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבוננו. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.

8. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

8.1. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

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

8.1.2. כי הינו מעביד לגביי עובדיו.

8.1.3. כי הינו בעל הפוליסה לגביי גמלאיו ובני/בנות זוגם ולידיהם לרבות ידועים בציבור.

8.1.4. כי הוא ימסור למבטח מידע לגביי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגביי עובדים, המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגביי מבוטחים בהוראת קבע אישית.

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

8.2. לא יאוחר מ- 15 בכל חודש, יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת העובדים ובני המשפחה המבוטחים בחודש הקודם לדיווח, בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) הכוללת את שמות כל המבוטחים, מסי' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם, ואת גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, הכל עפ"י פורמט קובץ מבוטחים שיועבר מהמבטח לבעל הפוליסה.

קובץ הדיווח החודשי יכלול פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח בחודש הקודם לדיווח ויגרע מהקובץ את שמות המבוטחים שהפסיקו להיות מבוטחים בחודש הקודם לדיווח עקב פרישה מהקולקטיב. למען הסר ספק, קובץ הדיווח יכלול מידע אך ורק לגביי עובדים המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגביי מבוטחים בהוראת קבע אישית.

8.3. למען הסר ספק, מועמדים לביטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, לא ייחשבו מבוטחים וזאת עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתם ותנאיו לקבלת המועמדים לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם. תשלום פרמיה על ידי בעל הפוליסה בגין מבוטחים אלו, מבלי שניתן אישור מפורש מהמבטח כאמור, לא ייחשב

כאסמכתא להיותם מבוטחים, והמבטח לא יהיה חייב בכיסוי בגין צירופם לביטוח ללא אישור כאמור.

8.4. מוסכם בין הצדדים, כי הליך החיתום יבוצע בתוך 15 ימים מיום קבלת כל המסמכים הסבירים הדרושים למבטח. במידה ולאחר קבלת המסמכים, המועמד לביטוח יקבל תשובה שלילית בגין קבלתו לביטוח, וישבו דמי הביטוח (ככל שנגבו) למועמד.

8.5. מבטח שיוצא לחל"ת לאחר מועד תחילת ההסכם, ימשיך את הביטוח באותם התנאים ובתנאי שיסדיר את תשלום דמי הביטוח בהוראת גבייה אישית.

8.6. מבוטח/ת שיוצא/ה לחל"ד, יהיו זכאים להיות מבוטחים גם בתקופת החל"ד, דמי הביטוח החדשיים יועברו למבטח ע"י בעל הפוליסה.

9. דמי ביטוח (פרמיות),

9.1. דמי הביטוח יהיו כמפורט בסעיף 12 לגילוי נאות בפוליסה זו.

9.2. בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בגין כל העובדים ובני משפחתם ולמעט גמלאים ובני משפחה לגביהם תיגבה הפרמיה ישירות על ידי מבטח באמצעות אמצעי גבייה אישי. דמי הביטוח אשר לא ממומנים ע"י בעל הפוליסה ינוכו משכרו של העובד על ידי בעל הפוליסה בכפוף לקבלת אישור בכתב.

9.3. דמי הביטוח יהיו על בסיס חודשי, וישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז עד ה - 25 בכל חודש בגין החודש הקודם.

9.4. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בסעיף 10 להלן.

10. מתן מסמכים למבטח:

10.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבטח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, ודף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוגרו עליהם המפקח. בסעיף זה "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

10.2. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבטח.

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

11. מתן הודעות למבוטח:

- 11.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח למבוטח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.
- לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלוואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.
- "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.
- 11.2. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

12. פיגורים בתשלומים

- 12.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד, המבטח ייתן ארכה לתשלום דמי הביטוח החודשיים למשך 60 יום נוספים לאחר מועד התשלום כקבוע בהסכם זה. במשך תקופה זו יישאר הסכם הביטוח בתוקפו. לא שולמו דמי הביטוח למבטח בתום תקופת הארכה, יבוטל הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, בכפוף להוראות החוק.
- 12.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 12.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום מהמועד הקבוע לתשלום דמי הביטוח, שלא שולמו, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו נפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.
- 12.3. אחרי 90 יום ממועד תשלום דמי הביטוח שלא שולמו, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי הסכם זה.

13. תנאי הצמדה למדד

- כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
- "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

"המדד היסודי" - משמעו המדד הידוע במועד תחילת ההסכם ,

"המדד הקובע" - לגבי כל אחד מהתשלומים הנזכרים בסעיפים 13.13 ו-13.2 להלן - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

- 13.1. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 13.2. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

14. תגמולי ביטוח

- 14.1. המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבטח כנגד קבלות מקוריות או קבלות נאמן למקור במקרה של מסירת הקבלות המקוריות לקופת חולים, בצרוף אישור קופת החולים בכתב על הסכום שכוסה על ידה. המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 14.2. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 14.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 14.4. נפטר המבטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, אזי ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה.

15. תחלוף (סברוגציה)

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

15.3. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצידו) לשם מימוש זכותו של המבטוח, כאמור בסעיף 15.1. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבטוח לקבל שירות מהמבטוח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבטוח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח

16. ביטוח כפל

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

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

17. נוהל תביעה

17.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבטוח על הצורך בניתוח בחו"ל או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל, יודיע על כך למבטוח ויקבל את אישורו בכתב תוך זמן סביר ובהתחשב במצבו הרפואי של המבטוח ובדחיפות הבעיה הרפואית. למען הסדר הטוב, מובהר כי למבטוח הזכות להחליט אם ברצונו לקבל את הטיפול הרפואי בישראל או בחו"ל, במידה והכיסוי קיים בחו"ל, ובכפוף להוראות הסכם זה.

17.2. אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח ו/או קבלת טיפול רפואי דחוף במבטוח ושמןע ממנו להודיע למבטוח מראש על כך, ידון המבטוח בתביעה לאחר הניתוח ו/או הטיפול הרפואי הדחוף ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות הסכם זה, בתנאי שהתקבל אישור רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום או הטיפול הרפואי טיפול חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת המבטוח תוך זמן סביר העולה ממצבו של המבטוח, ולא יותר מ-45 יום ממועד ביצוע הניתוח ו/או קבלת הטיפול הרפואי.

17.3. המבטוח ימסור למבטוח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבטוח.

17.4. המבטוח ימסור למבטוח את כל הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת כל המסמכים המקוריים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטוח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבטוח להשיג במאמץ סביר.

17.5. אם יידרש לכך על ידי המבטוח, יעמיד עצמו המבטוח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטוח ועל חשבון המבטוח.

17.6. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבטוח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבטוח ימציא למבטוח את הקבלות המקוריות או קבלות נאמן למקור בגין התשלומים בהם נשא. במקרה של גניבת או אובדן הקבלות, יצרף המבטוח תצהיר על כך.

17.7. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלוח או ניתוחים טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלוח או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:

17.7.1. ייתן למבטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.

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

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

17.7.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום.

17.8. במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, עפ"י דרישת בעל הפוליסה ו/או היועץ, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עימו במישרין, או יעניק למבטח הלוואה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק. במעמד מתן הלוואה כאמור, יחתום המבטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק הלוואה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.

17.9. מאחר ומבוטחי אוניברסיטת תל אביב היו מבוטחים בחברת הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח הקודם") לפני תחילת הביטוח לפי הסכם זה (להלן: "תקופת הביטוח הקודמת"). המבטח מתחייב כי במקרה בו ידחה המבטח הקודם תביעה שהוגשה לו בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופת הביטוח הקודמת, שלא בשל אי גילוי/מרמה/הפרת חוק חוזה ביטוח או דין אחר, או מקום בו התביעה הוגשה שלא בהתאם להוראות הפוליסה, מהות הכיסוי והיקפו/ תקרת הכיסוי, ישלם המבטח את התביעה בכפוף להמחאת זכויות קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח הקודם מידי המבוטח לידי המבטח. המבטח יהיה מחוייב בסיוע למבטח, ככל שיתבקש לרבות הגשת תביעה לבית משפט, למיציא זכויותיו נגד המבטח הקודם ולהעביר את כספי תגמולי הביטוח/הפיצוי/שיפוי שיקבל אם יקבל למבטח.

18. יועץ רפואי

18.1. להבטחת ביצוע התחייבויות המציע על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה את היועץ הרפואי לגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי.

18.2. היועץ הרפואי יפקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של הזוכה כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יהיה רשאי לעיין בכפוף לחוק הגנת הפרטיות בכל מסמך הקשור לביצוע התחייבויות הזוכה, לרבות, מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, דוחות כספיים, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה מסמכים שעניינם אישור או דחיית תביעות. העתקי דוחות של היועץ הרפואי, בין בדרך כלל ובין במקרה של בירור תביעות, יועברו, בכפוף להוראות כל דין ובכפוף לחוק הגנת הפרטיות, גם לבעל הפוליסה.

18.3. היועץ הרפואי יהיה רשאי לפסוק במקרים של מחלוקת לעניין אישור תביעה בין המבוטח למבטח.

18.4. חברת הביטוח תעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ כל מידע רפואי, כספי אקטוארי או אחר לרבות ולא רק; נתוני תביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו וסך התביעות התלויות ועומדות לפי פרקי הפוליסה השונים, מספר התביעות שנדחו, פירוט תביעות שנדחו והסיבות לדחייתן, נתונים אקטואריים וכל מידע אחר שיתבקש על ידי בעל הפוליסה או היועץ בהקשר לתוכנית הביטוח ו/או למבוטחים.

18.5. המידע כאמור לעיל יוגש לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ הרפואי תוך 48 שעות ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבוטחים על ויתור סודיות רפואית.

19. קרן לפני משורת הדין

המבטח יזקוף לזכות בעל הפוליסה סכום בגובה 0.5% מהפרמיה החודשית המצטברת אשר תשמש לתשלומי תביעות לפני משורת הדין. מנהל אגף משאבי אנוש, מנהל מחלקת שירותי רווחה ונציג וועדת ביטוח מארגון הסגל המינהלי, כולם ביחד וכל אחד לחוד, יהיו המוסמכים מטעמו של בעל הפוליסה להורות לחברת הביטוח באמצעות היועץ הרפואי לבעל הפוליסה על תשלום לפני משורת הדין. לא ישולמו סכומי ביטוח לפני משורת הדין מעבר לסכום הקיים בקרן בפועל.

20. וועדת ערר

20.1. מבטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחודש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 20 יום מהגשת התביעה לדיון.

20.2. המבטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה

20.3. החלטת הוועדה תחייב את המבטח.

20.4. הוועדה תורכב משני נציגי בעל הפוליסה, שני נציגי המבטח ויועץ הביטוח. במקרה של חילוקי דעות בוועדה ימנו חבריה רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה. החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת -עדת הערר.

20.5. למען הסר ספק, אין בהחלטת וועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבוטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

21. שיפוי בעל הפוליסה

המבטח מתחייב לשפות את בעל הפוליסה בגין כל הוצאה, לרבות הוצאות עו"ד, הוצאות משפטיות, הוצאות עבור שכר טרחת מומחים ו/או כל הוצאה אחרת, אשר בעל הפוליסה יידרש לשאת בהן במידה על פי פסק דין בגין הפרת המבטח התחייבות הקיימת לו על פי הסכם זה".

22. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

23. התיישנות התביעות

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

24. כללי

24.1. כל ההודעות וההצהרות על פי פוליסה זו - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

24.2. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

כתובות הצדדים לצורכי פוליסה זו הן כמצוין ברישא לפוליסה זו.

24.3. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות המצוינות ברישא לפוליסה זו, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

כל ההודעות על פי פוליסה זו תישלחנה בדואר אלקטרוני למען שבמבוא להסכם, ובהישלחן כך תחשבנה כאילו הגיעו לתעודתן בחלוף 24 שעות מעת שליחתן.

25. על פוליסה זו חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. וכן תקנות וחוזרי ביטוח שפורסמו ע"י משרד האוצר

פרק הכיסוי הביטוחי הגדרות לכל פרקי הפוליסה.

1. הגדרות

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

- 1.1 "הסכם הביטוח" - חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.2 "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.3 "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.4 "בית חולים פרטי" - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3, אשר במסגרתו יכול המבוטח לבחור את הרופא המנתח.
- 1.5 "בית חולים מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.6 "בית חולים שאינו מוסכם" - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו-1.4 לעיל, על פי בחירת המבוטח, שאינו נמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.8 "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
- 1.9 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.10 "הסכם" - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבטח לבין נתן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.11 "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.12 "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.13 "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.12, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.14 "מנתח אחר" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.12 לעיל, על פי בחירת המבוטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.15 "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.

- 1.16 "רופא מרדים בהסכם" - רופא מרדים כמוגדר בסעיף 1.15, אשר מופיע ברשימת הרופאים המרדמים שבהסכם עם המבטח, המתעדכנת מעת לעת.
- 1.17 "רופא מרדים אחר" - רופא מרדים אחר כמוגדר בסעיף 1.15 לעיל, על פי בחירת המבטח, אשר אינו בהסכם עם המבטח.
- 1.18 "יעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופאים מומחים, כאמור בסעיף 1.11 בעלי תעודת מומחה, הניתן למבטח בגין צורך בביצוע ניתוח.
- 1.19 "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.20 "אשפוז" - שהייה בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבטח והקשור בו לרבות הצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבטח.
- 1.21 "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של רשות מוסמכת בארץ או בחו"ל.
- 1.22 "שתל" - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבטח במהלך ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי (כגון: עדשה, פרק ירך וכ"ו), אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי, משתלים מפרישי תרופות, לרבות חומרי סיכוך המזורקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן. להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 2 להלן. ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
- 1.23 "ניתוח" - פעולה פולשנית - חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך ניתוח. כמין כן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח, למען הסר

ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית וכן ריסוק אבנים עי גלי קול יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה במערכת לתהודה גנטית גרעינית. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שד) ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה בלבד. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל. ההגדרה של ניתוח (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

ניתוח בלתי צפוי שבוצע במבטח בדחיפות כאשר קבלתו לבית החולים הייתה דרך חדר המיון.

1.23 "ניתוח חירום" -

טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבטוח, לרבות טיפול באמצעות novacure, ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: ביצוע הטיפול החלופי יביא לתוצאות דומות לאלו אשר היו מושגות בניתוח שהמבטוח נדרש לעבור לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, הרופא המבצע את הטיפול בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל וטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל. או לחילופין מצב בו נדרש הטיפול הרפואי כאשר המבטוח אינו יכול לעמוד בניתוח מסיבות רפואיות ו/או כאשר לא קיים ניתוח המאפשר טיפול במצבו הרפואי של המבטוח והטיפול היחיד האפשרי הוא טיפול בתחליף ניתוח.

1.24 "תחליף ניתוח" -

רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

1.25 "רופא" -

בדיקות חוזרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה ו/או בדיקות הדמיה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. או בדיקות המבוצעות לאחר ניתוח במהלך האשפוז.

1.26 "בדיקות" -

טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות

1.27 "פיזיותרפיה" -

המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.

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

1.29 "טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של ועדת הלסינקי; "השתלה"

השתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית, מלווה או לא מלווה בכריתה כירורגית או הוצאות מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, לב ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, מעי, רחם, שחלות, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. יובהר כי השתלה חוזרת תיחשב למקרה ביטוח חדש.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

1. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

2. ההשתלה תיעשה ע"פ אמות מידה אתיות מקובלות.

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

1.30 "הוצאות מוכרות" - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל .

1.31 "טיפול מיוחד בחו"ל" - ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיים בו אחד מהתנאים המפורטים להלן וזאת על פי אישורו של רופא מומחה, מטעם המבוטח, בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל.

1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל .

2. סיכויי הצלחת הטיפול המיוחד בחו"ל ו/או סיכויי ההחלמה ממנו, גבוהים מסיכויי ההצלחה ו/או ההחלמה בישראל.

3. הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל.

4. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה .

5. ביצוע הטיפול המיוחד נועד להציל אובדן מוחלט של שמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים ו/או להציל אובדן מוחלט של הראיה בעין אחת או שתי העיניים.
6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
- הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.**
- לא יכללו במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה או טיפול לא קונבנציונאלי.**
- 1.32 המרכז הלאומי להשתלות יחידת הסמך של משרד הבריאות הממונה על הטיפול בהשתלות במדינת ישראל
- 1.33 "נותן שרות בהסכם" - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.34 "בדיקה פתולוגית" - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
- 1.35 "יום אשפוז" - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.36 "יועץ מלווה" - היועץ הרפואי המלווה אשר ילווה את המבטחים בביטוח הבריאות עפ"י פוליסה זו יהיה ד"ר אודי פרישמן ו/או מי מטעמו .
- 1.37 "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבטח.
- 1.38 "המבטח" - כהגדרתו בהסכם .
- 1.39 "שב"ן" - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים כהגדרתו בסעיף 10 לחוק הבריאות
- 1.40 "חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
- 1.41 "חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.42 "סוכנות הביטוח" - סוכנות ביטוח אשר תיבחר על-ידי בעל הפוליסה.
- 1.43 "קבלה נאמן למקור" - אישור תשלום מאושר כנאמן למקור כאשר אליו מלווה מסמך מגורם לו נמסרה הקבלה המקורית בו מצוין סכום השיפוי בגינו זוכה המבטח בגין השירות הרפואי שקיבל.

- 1.44 "קופת חולים" – כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת הפוליסה ואשר יוכר על-ידי שר הבריאות כקופת חולים והודעה על הכרה זו תפורסם ברשומות, קופת החולים אשר הוכר על-ידי שר הבריאות והודעה כאמור פורסמה ברשומות ובכלל זה, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.45 וועדת הליסינקי" – וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הליסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסויניים בבני אדם;
- 1.46 ניתוח אלקטיבי – ניתוח שהצורך בו היה צפוי וקבלתו של המבוטח לבית החולים אינה נעשית דרך חדר המיון.

2. חריגים כלליים

המבטח לא יהא אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח על-פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, אם מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של אחד הסייגים המפורטים להלן ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

- 2.1 מקרה הביטוח אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 2.2 פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם ויתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 2.3 אלכוהוליזם למעט שימוש באלכוהול על-פי מקובלות חברתית.
- 2.4 שימוש בסמים, (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא) או פעילות פלילית של המבוטח.
- 2.5 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (איידס) ו/או מחלה או תסמונת שהיא מוטציה או וריאציה שלה ובלבד שהיא קיימים אצל המבוטח נוגדנים למחלה לפני מועד תחילת הביטוח.
- 2.6 חשיפה כלשהי לקרינה גרעינית הנגרמת כתוצאה ממיזוג או היתוך גרעיניים.
- 2.7 מחלות נפש מטופלות במסגרת אשפוזית ו/או ניסיון התאבדות ו/או חבלה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 2.8 מום או מחלה מולדים בכפוף לסעיף 2.13 "סייג מצב רפואי קודם".
- 2.9 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. על אף האמור לעיל, המקרים הבאים לא יכללו במסגרת החריגים לפוליסה זו: ניתוח להרמת עפעפיים במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראיה של המבוטח; ניתוח להקטנת חזה במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ימים; ניתוח לשחזור שד לאחר

כריתה לרבות שיחזור באמצעות שרירי הבטן; ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון; ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויית, תאונות ניתוחים או שברים שנגרמו או בוצעו במהלך תקופת הביטוח כמו גם ניתוח לתיקון חיך שסוע, וניתוח לתיקון הדרוצלה או וריקוצלה וניתוח לכריתת מימה רחמית; ניתוח לכריתת שחלות ו/או שדיים ו/או אברי רביה נשיים כטיפול מונע במקרה של סיכון מוגבר על רקע גנטי; טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

2.10 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות הקשורים בשיניים או בחניכיים ו/או טיפול שיניים למעט באם הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה או ניתוחי פה ולסת שאינם חלק מטיפול שיניים שוטף.

2.11 ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הליסינקי.

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

2.13 סייג בשל מצב רפואי קודם - מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

א. פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.

ב. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים חדשים כמועד הצטרפותם לפוליסה זו.

"המועד הקובע" לעניין סעיף זה יחשב למבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח הקודם אצל אחת החברות בעל הפוליסה כמועד הצטרפותם לביטוח הקודם.

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

על אף האמור לעיל, לגבי מבוטחים אשר ערב הצטרפותם לביטוח שעל-פי פוליסה זו, היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי (בכפוף להצגת הפוליסה, לשביעות רצונו של המבטח), ייחשב תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, כתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח הפרטי או הקבוצתי לפי העניין, וזאת, בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים.

פרק א

השתלות בארץ ובחוו"ל וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחוו"ל

1. מקרה ביטוח

- 1.1 צורך מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח, במוסד רפואי על פי בחירתו בארץ או בחו"ל.
- 1.2 צורך מתועד במסמכים רפואיים בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כפי שנקבע על פי המלצת רופא מומחה מטעמו של המבוטח.

2. התחייבות המבטח

בעת ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות (הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל), כמפורט להלן:

- 2.1 לעניין להשתלה ו/או להשתלות אשר נערכות בבית חולים מוסכם - שיפוי מלא.
- במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים המוסכמים ו/או על-ידי צוות שאינו בהסכם, תהא חבות המבטח עד תקרה מרבית כמפורט בנספח גבולות אחריות המבטח. לעניין סעיף זה מובהר כי המבטח ישפה את המבוטח רק אם ההשתלה תעשה על פי דין וכי התקיימו הוראות החוק באיברים להשתלת איברים התשס"ח - 2008.
- 2.2 לטיפול מיוחד בחו"ל - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הניתוחים או הטיפולים המיוחדים, בין אם הם מבוצעים בבית חולים שבהסכם ובין אם הם מבוצעים בבית חולים שאינו בהסכם, הינו כמפורט בנספח 2.
- 2.3 השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 יהיו בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
 - 2.3.1 תשלום לרופאים, בתי חולים לרבות מוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה, הערכה רפואית וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות תשלום עבור דיאליזה שנוקק לה המבוטח לפני ביצוע ההשתלה ולרבות כיסוי עלות הטיפות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
 - 2.3.2 הוצאות בגין כל הבדיקות והטיפול הרפואי שניתנו למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
 - 2.3.3 שכר כל הצוות הרפואי והפרא רפואי שטיפלו במבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות פיזיותרפיה;
 - 2.3.4 בדיקות רפואיות, בדיקות הדמיה ובדיקות אחרות שידרשו בעת אשפוז;
 - 2.3.5 שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה ציטולוגיה וגנטיקה שידרשו בעת אשפוז;

- 2.3.6 תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז, על פי הוראת הצוות הרפואי.
- 2.3.7 הוצאות אשפוז בחו"ל, לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום עד 100 ימים לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם.
- 2.4 הוצאות נלוות כדלקמן: סכומי השיפוי להלן הם בנוסף להוצאות בסעיף 2.3 :
- 2.4.1 הוצאות לצורך איתור האיבר המושתל בארץ או בחו"ל לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים לרבות איתור תורם מח עצם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.2 תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה עד הסכום הנקוב בנספח 2.
- 2.4.3 כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.4 הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור ממחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1; נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים ישופה בכפל הסכום.
- 2.4.5 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל כולל ליווי ע"י רופא וציוד רפואי, הוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 1;
- 2.4.6 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד למבוטח ולשני מלווים, עד 180 יום לפני מועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 300 ימים לאחר ביצועם, וזאת עד לסך הנקוב בנספח 1.
- 2.4.7 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, לפי המקרה, ובלבד שהעלות הכוללת לא תעלה על עלות הביצוע בחו"ל של ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.8 הוצאות לטיפול המשך הנדרשים למבוטח שנעשים בארץ או בחו"ל מהשתלה או טיפול מיוחד המכוסה על פי פוליסה זו אשר בוצעה בחו"ל - עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 1.
- 2.4.9 תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 2.4.10 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
- 2.4.11 תשלום עבור כל הוצאה אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרת הסכום בנספח 1.
- 2.4.12 תשלום בגין מעקב בחו"ל אחרי השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, עד שנה ממועד ההשתלה/טיפול. כמפורט בנספח 1.

2.4.13 כל התשלומים להשתלה או לטיפול מיוחד, כמפורט בסעיפים 2.4.1-2.4.11 לעיל, במקרה ובוצע הטיפול בחו"ל יהיו בגין הוצאות אשר הוציא המבוטח בחו"ל (כולל סעיפים 2.4.4, 2.4.5, 2.4.7 הוצאות ששולמו בארץ). על אף האמור לעיל, היה והוציא המבוטח תשלומים על פי סעיפים אלו בישראל, אשר הצורך בהם קשור להשתלה או לטיפול המיוחד, יהא זכאי המבוטח לקבלת שיפוי בגין הוצאות אלו, בשיעור של עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, בהתאמה.

2.5 מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה בחו"ל וטרם ביצע את ההשתלה בחו"ל, בעת היותו מבוטח בפוליסה זו, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבטח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 1. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה ובלבד שהמבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה. אין בידי המבוטח אישור ממרכז ההשתלות על הצורך בביצוע השתלה יציג אישור רפואי משני רופאים מומחים בתחום המעיד כי עליו לבצע השתלה בגין מצבו הרפואי.

עבר המבוטח את ההשתלה בחו"ל, יקבל את הפיצוי המגיע לו על פי הוראות סעיף זה ובלבד שהוא חתם על תצהיר כי עבר את השתלה בכפוף לאמור חוזר ביטוח 2009-1-1 וכפוף להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008.

למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1, 2.3 ו-2.4 לעיל

2.6 גמלת החלמה לאחר השתלה

בכפוף לאישור זכאות המבוטח לביצוע השתלה ע"י המבטח, ישלם המבטח למבוטח, בנוסף לכל תשלום המגיע למבוטח על פי פרק זה, תשלום חודשי בסך הנקוב בנספח 1 החל מהחודש בו אושרה זכאותו ולמשך הזמן הנקוב בנספח 1.

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

2.7 מבוטח שתרם בתקופת הביטוח איבר לצורך ביצוע השתלה, יקבל פיצוי חודשי כמפורט בנספח 1 למשך 12 חודשים ובתנאי ונמצא בא.כ.ע.

פרק ב

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

3. הגדרות מיוחדות

- 3.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו של מצב רפואי או תיפקודי, כתוצאה ממחלה או תאונה.
- 3.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לאשר שימוש באופן פרטני או כוללני ו/או יבוא תרופה, וכפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 3.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
- 3.4. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 3.5. **מרשם** - מסמך רפואי תחום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול התרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 3.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 3.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 3.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המוטב בהוצאה בגין מרשם. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המוטב ורק לגבי הוצאות המוטב שמעבר להשתתפות זו.
- 3.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 3.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או יפן ו/או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 3.11. **פרסום רשמי** - אחד מהבאים:

(1) פרסומי ה-FDA

(2) American Hospital Formulary Service Drug Information

US Pharmacopoeia-Drug Information (3)

Drugdex (Micromedex), (4)

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי

אחד מהבאים:

NCCN (א)

ASCO (ב)

NICE (ג)

ESMO Minimal Recommendation (ד)

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

4. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי, עקב מחלה בה חלה המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ו/או שנתגלתה במהלך תקופת הביטוח, או שהצורך במתן התרופה נוצר במהלך תקופת הביטוח, אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא דרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות ו/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא בלפחות אחת מהמדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. או תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, לאינדיקציה (התוויה) רפואית שונה מזו שבגינה נדרשת התרופה למבוטח ובתנאי כי התרופה מותרת לשימוש במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כלשהיא בלפחות אחת המדינות המוכרות ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו.

התנאי לקיום מקרה הביטוח כאמור בסעיף זה לעיל, הינו כי התרופה איננה תרופה ניסיונית או תרופה מתחום הרפואה המשלימה.

5. חבות החברה ותגמולי הביטוח

החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות ו/או תשלם ישירות לנותן השרות/בית המרקחת עבור התרופה, לכיסוי המימון הנדרש בכל פעם, בניכוי השתתפות עצמית כמפורט בנספח 2 למקרה ביטוח לחודש ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת, עד תקרת סכום הביטוח המרבי. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה ינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם. במקרה בו דרש המבוטח להיות משופה עבור מספר תרופות על פי פוליסה זו, הסכום המצטבר של ההשתתפות העצמית בחודש לא יעלה על הסכום הנקוב בנספח 2 לעניין סעיף זה למקרה ביטוח.

על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן. תרופות אלה יכסו רק במידה ועלותם מעבר לגובה השתתפות עצמית. במקרה זה, התרופה תכוסה במלואה ללא השתתפות עצמית

במקרה וקיבל המבוטח את התרופה משב"ן ושילם במסגרתה את השתתפות עצמית, ישפה המבוטח את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם. במקרה זה לא ישלם המבוטח השתתפות עצמית כלל.

מבוטח יפנה לאישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לחילופין, לחברת הביטוח תהיה זכות לספק למבוטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל למבוטח ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.

5.1. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי

הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה.

5.2. סכום הביטוח המרבי למבוטח שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות עפ"י פרק זה יהיה עד הסכום הנקוב בנספח 1 לכל תקופת ביטוח.

5.3. החברה תשפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד הסכום הנקוב בנספח 1 ליום ועד 60 יום.

6. חריגים מיוחדים

6.1. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

6.1.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה ואשר תכוסה במסגרת פרק ההשתלות ו/או הניתוחים בהתאמה.

6.1.2. תרופה ניסיונית.

6.1.3. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים. למעט טיפול בקומה נמוכה אצל ילד/ה אם תחזית הגובה היא מתחת ל-160 ס"מ בזכר ו-148 ס"מ בנקבה.

6.1.4. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פרויות, אין אונות וטיפולים נגד עקרות.

6.1.5. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

6.1.6. טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים (למעט במקרה ואירע מקרה הביטוח, טופל ונדרש לקבל חיסון או טיפול תרופתי למניעת הישנות המקרה) ו/או תוספי מזון ו/או גמילה מעישון. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.

6.1.7. טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למוטב בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השרות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

7. הגבלת אחריות החברה לגבולות מדינת ישראל

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה למעט באם השהייה היא במסגרת ניתוח, ו/או השתלה שמכוסים ע"י המבטח. חזר המבוטח לתוך גבולות המדינה יוכיח את זכאותו לתגמולים, והחברה תשלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.

פרק ג

גילוי מחלה קשה

1. מקרה הביטוח:

המבוטח ייחשב כזכאי לתגמולי הביטוח על פי פרק זה, בעת גילוי אחת המחלות ו/או קיום אירוע/ים רפואיים קשה/ים כמפורט באחת הקבוצות (להלן: "הקבוצות") אשר בהתקיימם בתוך תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום הביטוח הנקוב בנספח 1 בכפוף להגדרות, לתנאים ולסייגים בהסכם הביטוח.

1.1. קבוצה ראשונה

1.1.1. מחלת כבד סופנית (שחמת) (Cirrhosis) (Terminal Liver Disease) - מאופיינת

בנוכחות שניים מן הסימנים הבאים:

1.1.1.1. צהבת;

1.1.1.2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות;

1.1.1.3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית;

1.1.1.4. אנצפלופטיה כבדית;

1.1.1.5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י

בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזם.

1.1.2. אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic) - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית,

באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי

כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי

שניים מתוך שבע הסימנים הבאים:

1.1.2.1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

1.1.2.2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית כמוכח בהיסטולוגיה;

1.1.2.3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;

1.1.2.4. צהבת מעמיקה;

1.1.2.5. אנצפלופטיה כבדית;

1.1.2.6. דמום בלתי נשלט;

1.1.2.7. אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטו-רנאלית.

1.1.3. השתלת איברים (Organ Transplantation) - מעי, לב ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב,

כבד, אונת כבד, מוח עצמות-קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות

בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או במקרה של השתלת מח עצמות ביצוע ההשתלה

בפועל או באיברים אחרים כמפורט ביצוע ההשתלה בפועל מתורם או באמצעות איבר

מלאכותי.

- 1.1.4. **מחלת ריאות כרונית חסימתית (Chronic Lung Disease)** - מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:
- 1.1.4.1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
- 1.1.4.2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.
- 1.1.5. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי רופא פנימאי מומחה.
- 1.1.6. **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פיזיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ- 96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.
- 1.1.7. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש בקבלת עירוי דם (AIDS) ו/או צהבת** - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוסח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.
- 1.1.8. **אנמיה אפלסטית (APLASTIC ANEMIA)** - כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:
1. עירוי מוצרים דם
 2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מח עצם
 3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים)
 4. השתלת מח עצם
- 1.2. **קבוצה שניה:**
- 1.2.1. **איבוד גפיים (Loss of Limbs)** - איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 1.2.2. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיליניציה במוח או בחוט השדרה הנמשך לפחות שישה חודשים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית לאירוע של דמיליניציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.
- 1.2.3. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה.

- 1.2.4. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- 1.2.5. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 1.2.6. **ניוון שרירים מסוג ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בניריון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.
- 1.2.7. **שיתוק (פרפלגיה, קוודריפלגיה) (Paralysis)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 1.2.8. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא TIA.
- 1.2.9. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 1.2.10. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק או וירוס כמחולל מחלה דלקתית בקרום המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיהן המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
- 1.2.11. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק נירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר מפקח 2003/9.
- 1.2.12. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- 1.2.13. **גידול שפיר של המוח** - תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי

שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים והמטומות.

1.2.14. **יתר לחץ דם ריאני ראשוני (PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת ע"י עליה בלחץ בנימויות הריאה, עליה בנפח הדם הריאני או עליה בנגודת בכלי הדם הריאתיים, האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאני סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאני עורקי- ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

1.2.15. **כוויות קשות (SEVERE BURNS)** - כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

1.2.16. **פגיעה מוחית עקב תאונה (BRAIN DAMAGE)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידתה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא ניירולוג מומחה בהתאם לאמות מידה סטנדרטיות לפגועי מוח.

1.2.17. **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזכרון לטווח ארוך ו/או לטווח קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום שסיבתה במצב בריאותי, כגון אלצהיימר, או בצרות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים במשך 3 חודשים לפחות.

1.2.18. **נכות רפואית מוחלטת ותמידית** - נכות רפואית העולה על 50%, שנקבעה עקב מצב רפואי הנובע ממחלה שהתגלתה לראשונה בתקופת הביטוח, ושאינה מנייה ברשימת המחלות או האירועים הרפואיים המוזכרים בפרק זה, או כתוצאה מתאונה שאירעה בתקופת הביטוח. דרגת הנכות תיקבע על פי המבחנים הרלוונטיים שנקבעו לפגיעה מהסוג הנדון בחלק א בלבד שבתוספת לתקנה 11 שבתקנות הביטוח הלאומי (1956), למעט קביעה של אחוזי נכות בגין תקנת מקצוע (תק"15).

1.3. קבוצה שלישית:

1.3.1. **התקף לב חריף/אוטם חריף בשרירי הלב (Acute Coronary Syndrome)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיותך ע"י שניים משלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1.3.1.1. כאבי חזה אופייניים.

1.3.1.2. שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

1.3.1.3. עלייה ברמת האנזימים ו/או הטרופונין של שריר הלב לערכים פתולוגיים ו/או בכל דרך אחרת עתידית שתחליף את הבדיקות הביוכימיות.

למען הסר ספר מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

1.3.2. **ניתוח מעקפי לב (CABG)** - ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי. למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

1.3.3. **החלפה או תיקון מסתמי לב (Surgery for Valve Replacement Or Repair)** - תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

1.3.4. **ניתוח אבי העורקים (Aorta)** - ניתוח או צינתור בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

1.3.5. **קרדיومیופטיה** - מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment

1.3.6. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פרוטונאליית), או צורך בהשתלת כליה.

1.4. קבוצה רביעית:

1.4.1. **סרטן (Cancer)** - נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.
מקרה הביטוח אינו כולל:

1.4.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ וגידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

1.4.1.2. מחלות עור מסוג:

(N) Basal Cell Carcinoma - I Hyperkeratosis ;

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

2. הזכות לקבלת סכום הביטוח

2.1. תשלום מקרה ביטוח ראשון

גילוי אחת מן המחלות הקשות או קיום אירוע רפואי חמור המוגדר והמהווה מקרה ביטוח כמתואר באחת מ-4 הקבוצות לעיל אצל המבוטח, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח, יזכה את המבוטח בסכום ביטוח אם מולאו תנאי הביטוח וקימת אבחנה חד משמעית של רופא אשר אושרה על-ידי המבטח על גילוי מקרה הביטוח וקיום כל התנאים המפורטים להלן:
א. קיום כל התנאים המגדירים את מקרה הביטוח ואבחנה זו נתמכת בהוכחות כנדרש בהגדרת מקרה הביטוח.

2.2. תוקף ההסכם לאחר תשלום מקרה ביטוח ראשון

למבוטח תהיה הזכות להמשיך להיות מבוטח במסגרת פוליסה זו גם לאחר קבלת תגמולי ביטוח בין מקרה ראשון. אולם סכום הביטוח למקרה ביטוח שני יהא 50% מסכום הביטוח הקבוע למקרה ביטוח ראשון.

2.3. תשלום מקרה ביטוח שני

המבטח ישלם למבוטח בגין מקרה ביטוח שני בכפוף לתנאים הבאים:

2.3.1. המבוטח לא זכאי לפיצוי אם מקרה הביטוח השני בגינו תובע המבוטח היא המחלה בה לקה בעבר, לרבות באם המחלה אירעה באיבר אחר בגוף או התגלה במבוטח סוג אחר של אותה מחלה.

3. חריגים כלליים אשר יחולו על פרק זה

המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח על פי פרק זה ונספחיו אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה הביטוח נובע מ:

3.1. הגדרת מקרה ביטוח התקיימה לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

3.2. אם מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

4. תוקף הכיסוי

למרות האמור לעיל בהסכם, הכיסוי לפרק זה יסתיים בחודש בו מלאו למבוטח 67.

פרק ד

כיסוי מורחב לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ ובח"ל

מקרה הביטוח:

ניתוח ו/או תחליף ניתוח אשר עבר המבוטח בישראל או בח"ל במהלך תקופת הביטוח.

1. ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח בארץ

1.1 שכר מנתח בבי"ח פרטי:

בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרת סכום שיפוי של עלות הרופא/ים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות רופא אחר, ישפה המבטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת הרופא ובלבד שתקרת השיפוי תהיה לפי הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה לשכר מנתח הסכם הגבוהה ביותר מבין מנתחי ההסכם של המבטח או לפי העלות המרבית המשולמת בגין אותו ניתוח המבוצע ע"י מנהל מחלקה בשר"פ הדסה במחיר המוצע לציבור הרחב שלא במסגרת הסכם עם המבטח-הגבוהה מביניהם כמפורט באתר האינטרנט של המבטח. למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברשימה כלשהי ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.

1.2 שכר רופא מרדים:

כיסוי הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח פרטי לרבות בגין בדיקה קדם ניתוחית, בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים שבהסכם עם המבטח, יהיה זכאי לכסוי מלא ללא תקרה של עלות המרדים. בחר המבוטח לבצע את הניתוח או תחליף הניתוח באמצעות מרדים אחר, ישפה המבטח את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן מקור, בגין ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל על ידי המבוטח בגין שכר טרחת המרדים ובלבד שתקרת השיפוי תהיה, בגין אותו ניתוח או ניתוח דומה או זהה לשכר מרדים בהסכם הגבוהה ביותר מבין מרדימים בהסכם של המבטח או לפי העלות המרבית המשולמת בגין אותו ניתוח המבוצע ע"י מנהל מחלקה בשר"פ הדסה במחיר המוצע לציבור הרחב שלא במסגרת הסכם עם המבטח-הגבוהה מביניהם כמפורט באתר האינטרנט של המבטח. למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברשימה כלשהי ההתייחסות תהיה לניתוח דומה.

1.3 אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח פרטי:

כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי. לרבות שהות בטיפול נמרץ, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, בדיקות אבחון והדמיה, תרופות לרבות תרופות אשר אינן כלולות בסל הבריאות, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

במידה ובית החולים לא יממן את ההוצאות הנ"ל, ישלם המבטח ויקבל מהמבוטח יפוי כוח לתבוע את בית חולים על זכאותו.

1.4 הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:

כיסוי הוצאות עבור חדר ניתוח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע למבוטח.

1.5 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

המבטח ישלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח פרטי, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח.

1.6 ביצוע ניתוח ללא השתתפות המבטח:

בוצע ניתוח בבי"ח, ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בגין כל יום אשפוז הקשור בנייתו והנובע ממנו (לרבות אשפוז יום) החל מיום האשפוז לניתוח ולמשך תקופה שלא תעלה על 21 יום וכמפורט בנספח 1 להלן.

בוצע הניתוח באמצעות השב"ן, יחזיר לו את סכום השתתפות עצמית ששולם לשב"ן ויפצה אותו כמפורט בנספח 1.

2. הוצאות המכוסות בגין ביצוע הניתוח בחו"ל

תנאי מהותי לקבלת תגמולי ביטוח הוא אישורה מראש ובכתב למבוטח את זכאותו לביצוע ניתוח.

בוצע במבוטח ניתוח או תחליף ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו תואם מראש על ידי המבטח עם נותני השרות, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר.

2.1 בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח באורח מלא וישיר עבור מלוא ההוצאות הרפואיות הקשורות בנייתו או בתחליף הניתוח כמפורט להלן: שכר רופא מנתח בגין ניתוח או תחליף ניתוח, שכר רופא מרדים, אשפוז לרבות שהות בטיפול נמרץ, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות בגין בדיקה פתולוגית, ייעוץ לפני ניתוח, פיזיותרפיה, בדיקות מעבדה, הדמיה, תרופות לצורך ביצוע הניתוח, וכל הוצאה רפואית אחרת אשר תידרש לצורך טיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הצוות הרפואי במהלך האשפוז.

3. הוצאות נילוות:

בנוסף לאמור לעיל, ישפה המבטח את המבוטח בגין ביצוע ניתוח בחו"ל, גם בגין ההוצאות הבאות:

3.1 כיסוי להוצאות הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד תקרה מרבית כמפורט בנספח 1 להלן. הטסה רפואית לעניין סעיף זה הינה, הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המתאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל פי קריטריונים רפואיים מקובלים נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

3.2 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה בחו"ל:

במקרה של ניתוח בחו"ל אשר כרוך באשפוז לתקופה של 7 ימים או יותר, המבטח יכסה את הוצאות הטיסה והשהייה של מלווה אחד (במקרה של מבטח קטין- שני מלווים), לכל תקופת האשפוז ואת הוצאות הטיסה של המבטח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 1 להלן לכל יום שהייה.

3.3 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

המבטח יכסה בכיסוי מלא הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה, שלא תעלה על 3 ימים, מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל.

3.4 כיסוי להוצאות הבאת מומחה מחו"ל:

מבטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, יהיה זכאי להחזר הוצאות הבאת מנתח מומחה מחו"ל.

4. כיסויים נוספים בגין מקרה ביטוח:

בנוסף לאמור לעיל ומעבר לסכום המוגדר לעיל, ישפה או יפצה המבטח את המבטח במקרה של ביצוע ניתוח בארץ או בחו"ל, בגין השירותים המפורטים להלן, עד סכום הביטוח המצוין בכל סעיף וסעיף.

4.1 התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי ניתוח:

המבטח ישפה את המבטח בגין שתי התייעצויות עם רופא מומחה לפני הניתוח. כמו כן ישפה המבטח את המבטח בגין שתי התייעצויות נוספות אחרי ניתוח אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבטח על פי שיקול דעתו הבלעדי של המבטח. המבטח ישפה את המבטח בגין ההתייעצויות שלפני הניתוח גם אם בסופו של דבר יוחלט שלא לבצע את הניתוח. הכיסוי לכל התייעצות יהיה עד תקרה של 1,100 ש"ח להתייעצות ובהשתתפות עצמית של 20%. מבטח אשר יכסה את הוצאות ההתייעצויות באמצעות השב"ן, יהיה זכאי לקבל שיפוי בגין הסכום העודף שנדרש לשלם עבור ההתייעצות במסגרת השב"ן אך לא יותר מתקרת הסכום לשיפוי.

4.2 תותבת-אביזר מושלם (למעט תותבת שיניים):

בוצע במבטח בבית חולים ציבורי או פרטי ניתוח או תחליף ניתוח או טיפול רפואי אחר, ובמהלכו הושלם במבטח שותל, ישתתף המבטח בעלות השתל הנ"ל עד לתקרה של 50,000 ש"ח, כנגד מסירת חשבונית מס מקורית או העתק נאמן למקור ולא יותר מההוצאה בפועל אשר הוציא המבטח. במקרים בהם קיים כיסוי לשתל בשב"ן, יכסה המבטח את ההפרש שבין ההוצאה בפועל שהוציא המבטח לרכישת השתל לבין הכיסוי שניתן למבטח במסגרת השב"ן, אך לא יותר מהאמור לעיל.

4.3 אחות/פרטית/לאחר ניתוח:

כיסוי לשכר אחות/פרטית/לאחר ניתוח עד לסך של 750 ש"ח ליום ועד 30 ימי אשפוז. התשלום ישולם כנגד הגשת קבלות מקוריות או נאמן למקור או לחילופין הצהרה של האחות או אשור בית החולים בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

4.4 שירותי הסעה באמבולנס:

החזר הוצאות למבוטח בגין שירותי אמבולנס של מגן דוד אדום או של חברה אחרת לצורך הניתוח, בארץ או בחו"ל.

4.5 בדיקות מעבדה ובדיקות אבחון הנדרשות לצורך ביצוע הניתוח. המבוטח זכאי לשיפוי גם אם הניתוח לא בוצע ובתנאי שהבדיקות בוצעו בהנחיית רופא מנתח ונקבע מועד לביצוע הניתוח.

5. כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים (בארץ או בחו"ל)

5.1 תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח :

נפטר המבוטח בעת ניתוח או במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ישלם המבוטח ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך של 100,000 ש"ח.

5.2 אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מניתוח (למבוטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 70)

המבוטח ישלם למבוטח, במקרה של אובדן כושר עבודה מלא, זמני או קבוע, שנגרם כתוצאה מניתוח, פיצוי חודשי של 4,000 ש"ח, לאחר 30 ימי המתנה ולתקופה מרבית בת 12 חודשים. מובהר כי במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור לעיל, המבוטח ישחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום דמי הביטוח, כל עוד יימצא המבוטח במצב של אובדן כושר עבודה. אובדן כושר עבודה לעניין סעיף זה יוגדר כאי יכולתו של המבוטח לעסוק בעבודתו או בעיסוקו בו עסק במועד קרות מקרה הביטוח או ריתוקו של המבוטח לביתו על פי חוות דעת של מומחה מטעם המבוטח.

5.3 מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת איידס או הפטיטיס B :

נדבק המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצרי דם ומוצרי דם אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך של 350,000 ש"ח, ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

נדבק המבוטח בהפטיטיס B כתוצאה מעירוי דם ומוצרי דם אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה בפרק זה, יהיה זכאי למענק חד פעמי בסך 100,000 ש"ח, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר עינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הביטוח.

5.4 טיפולים אחרי ניתוח:

טיפול לאחר ניתוח ועל פי הוראת רופא. טיפול שיקומי, פיזיותרפיה, התעמלות שיקומית, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה כיסוי ל 20 טיפולים לאחר ובסמוך לניתוח. השתתפות עצמית 20%. שיפוי עד 140 ש"ח לטיפול.

5.5 פיצוי בגין אשפוז ארוך - מבוטח שביצע ניתוח, והיה מאושפז לתקופה העולה על 10 ימים לאחר ביצוע הניתוח, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 2,000 ש"ח.

5.6 שיפוי מלא בגין שכירות מכשיר טלויזיה אחרי ניתוח.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה

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

6.1 ניתוח או תחליף ניתוח ניסיוניים.

6.2 טיפולי פיזיותרפיה, טיפולים אלטרנטיביים וכימותרפיה לא יחשבו כתחליף ניתוח על פי הוראות פרק זה.

6.3 בניתוח בחו"ל, יכוסה ניתוח שארע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183) מחוץ למדינת ישראל בהתאם לכיסוי בגין ניתוח בארץ.

7. תנאים מיוחדים לפרק זה

המבטח לא יהא אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

כיסוי מורחב לניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - מעבר לשב"ן

1.1. מבטח שברשותו שב"ן ורכש כיסוי לפרק זה "משלים שב"ן":

בקרת מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין **מלוא הוצאותיו** עבור ניתוח או תחליף ניתוח שעבר בישראל, ובלבד שהוכר על ידי השב"ן שברשותו. המבוטח ישופה כאמור לעיל, בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח שעבר כמפורט בסעיף 1 לעיל, לרבות בגין תשלומי השתתפות עצמית שהיו לו, **מעבר להוצאות** שכוסו ושולמו בגין הניתוח על ידי השב"ן בו הוא חבר.

במידה ולאחר שהוכרה זכאותו לביצוע הניתוח ע"י השב"ן אולם הניתוח נקבע מעבר ל 30 יום מתאריך הזכאות או מעבר לזמן בהתאם לדחיפות הניתוח, ישופה המבוטח בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח או תחליף הניתוח שבוצע בו כמפורט בסעיף 1 לעיל "ההוצאות המכוסות בגין ביצוע ניתוח" ובלבד שהמבוטח המציא למבטח אישור מהשב"ן בו הוא חבר, בו מצויין גובה ההוצאות המשולמות ע"י השב"ן בגין הניתוח וגובה השתתפות עצמית של המבוטח.

במידה והשב"ן לא הכיר בניתוח או בתחליף הניתוח ולא מימן את עלותו, ישופה המבוטח בגין כל ההוצאות שהיו לו עבור הניתוח או תחליף הניתוח שבוצע בו כמפורט בסעיף 1 לעיל ובלבד שהמבוטח המציא למבטח אישור מהשב"ן בו הוא חבר, בו מצויין שהשב"ן אינו מכיר ו/או אינו מכסה, ניתוח זה למבטח בחלקו או במלואו.

המבוטח ישופה כנגד חשבונית מס, מקורית או "העתק נאמן למקור", המעידה על התשלום ששילם בגין ההוצאות הרפואיות הכרוכות בניתוח, מעבר לכיסוי אשר ניתן על ידי השב"ן.

יבקש המבוטח לעבור הניתוח אצל רופא אשר אינו מוכר על ידי השב"ן אולם נמצא בהסכם עם המבטח (**רופא הסכם**), יוכל לעבור את הניתוח אצל אותו הרופא, בתאום עם המבטח. שכר טרחתו של הרופא יכוסה במלואו על ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן ועלויות ביה"ח והאשפוז יכוסו על ידי המבטח בניכוי השתתפות השב"ן.

בוצע ניתוח במסגרת השב"ן בבי"ח פרטי או ציבורי, ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי כמפורט בנספח 1 להלן.

יובהר כי השיפוי לפי סעיפים 4, 5 לעיל יכוסו בהתאם לנספח 1 בלא קשר לכיסוי הניתוח ע"י השב"ן.

יובהר כי השיפוי בגין תחליף ניתוח בכל מקרה לא יעלה על עלות הניתוח אותו הוא מחליף.

ברות ביטוח

הסתיימה, במהלך תקופת הביטוח בפוליסה, חברותו של המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה בה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת, או בתקופה בה המבוטח נמצא בתקופת נמצא אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת) ("הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לפנות בהודעה בכתב שתמסר לחברה לא יאוחר מאשר עד תום 60 יום מיום הפסקת השב"ן ("תקופת הזכאות"), בבקשה לעבור לביטוח

ניתוחים מהשקל הראשון, בהתאם לתנאים ולפרמיה שיהיו בגינו בפוליסה באותה העת, על פי המפורט להלן:

1.1. רכישת פוליסת הרצף תעשה ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם של המבוטח וללא תקופת אכשרה (במידה ותקופת האכשרה על-פי נספח זה הסתיימה) לגבי הכיסויים החופפים בין נספח זה לבין פוליסת הרצף.

1.2. במקרה שהביטוח לניתוחים המשקל הראשון מקנה כיסויים נוספים שאינם חופפים לכיסויים הכלולים בנספח זה, יידרש המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח הניתוחים מהשקל הראשון לחתום על הצהרה ושאלון בריאות בנוסח שיהיה מקובל בחברה באותה עת, וההצטרפות לכיסויים נוספים אלה תבוצע רק לאחר ביצוע חיתום רפואי כנהוג בחברה לגבי כיסויים נוספים אלה.

1.3. תחילת תקופת הביטוח בביטוח לניתוחים מהשקל הראשון תהיה למפרע ממועד הפסקת השב"ן.

לא מימש המבוטח את זכותו לרכישת הביטוח לניתוחים מהשקל הראשון עד תום תקופת הזכאות, תפקע זכותו של המבוטח לרכוש את הביטוח לניתוחים מהשקל הראשון בתנאים המפורטים בסעיף זה.

פרקה

כתבי שירות

א. מבוא:

- המנוני יהיה זכאי לשירותים הכלולים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן ובלבד שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה כלול בפוליסה על שם המנוני והינו בתוקף על שם המנוני, במועד קבלת השירותים בפועל.
- כל האמור בכתב השירות בלשון יחיד אף בלשון רבים משמעו, וכל האמור בלשון זכר אף בלשון נקבה משמעו, אלא אם כן נאמר במפורש אחרת.
- כותרות הסעיפים נכתבו לצורך הנוחות בלבד והן לא תשמשנה לצורך פרשנות.

ב. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה שביציגם:

"אתר אינטרנט של החברה"	אתר אינטרנט של החברה שכתובתו: www.migdal.co.il .
"החברה ו/או המבטחת"	מגדל חברה לביטוח בע"מ.
"ספק השירות" או "הספק"	פמי פרימיום בע"מ ו/ או מי מטעמה.
"מוקד השירות" או "המוקד"	קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו ייוסחו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי פוליסה זו. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: 03-5688190
"דמי מנוי"	הסכומים שעל המנוני לשלם לחברה מידי חודש, בגין כתב השירות, כנקוב בדף פרטי הביטוח. וזאת כתנאי לקבלת השירותים מהספק על פי כתב השירות.
"דף פרטי הביטוח"	דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכלול בין היתר, את פרטי המנוני, דמי המנוני, המועד הקובע ופרטים נוספים הנוגעים לכתב השירות.
"המועד הקובע"	מועד כניסתו לתוקף של כתב השירות, לגבי המנוני, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
"המשלם"	האדם, חבר בני אדם או תאגיד, המתקשר עם החברה על-פי הפוליסה לצורך תשלום דמי הביטוח.
"השירות" או "השירותים"	השירותים הכלולים במפורש ברשימה שבסעיף ב' להלן, שינתנו למנוני על פי הוראות כתב שירות זה.
"השתתפות עצמית"	סכומים בהם מחויב המנוני לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות. השתתפות העצמית תשלום על ידי המנוני לנותן השירות או לספק, כפי שיוורה לו מוקד השירות, אך בשום אופן לא באמצעות החברה.
"מדד"	מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר ולרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.

"מנוי"	אדם אשר שמו נקוב בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב השירות והינו זכאי לקבלת שירותים על פי הוראות כתב השירות.
"הפוליסה"	פוליסת ביטוח תקפה של החברה הכללת את השירות בכתב שירות זה.
"רופא"	מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, למעט רופא וטרנר ורופא שיניים.
"רופא שבהסכם" /או "רופא מומחה שבהסכם"	רופא ו/או רופא מומחה עימו התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בנספח זה, ובלבד שהיה צד להסכם עם הספק במועד פניית המנוי למנוי לצורך קבלת השירות. ברשימת רופאי ההסכם כלולים רופאים מומחים שהינם מנהלי מחלקה וסגני מחלקה בבתי חולים בישראל.
"מטפל"	פסיכולוג קליני, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למנוי ואשר נתן השירות התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שרותיו למנויו.
"תקופת אכשרה"	תקופה זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי במועד הקובע ותסתיים בתום המועד הנקוב לגבי כל שירות. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בלבד כל עוד כתב השירות הינו בתוקף ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המנוי לכתב השירות מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. המנוי לא יהיה זכאי לשירותים לפני תום תקופת האכשרה.

ג. מפרט השירותים:

1. השירותים הכלולים בכתב שירות זה הינם כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:
 - 1.1. שירותי יעוץ רפואי טלפוני
 - 1.2. שירות רופא עד הבית
 - 1.3. שירותי ייעוץ פסיכולוגי

ד. תנאי מהותי להתחייבויות של הספק על פי כתב שירות זה:

1. בכל עניין הקשור בקבלת שירותים על פי כתב שירות זה, על המנוי לפנות תחילה למוקד השירות ולפעול בהתאם להוראות המפורטות בכתב שירות זה להלן.
2. קבלת אישור הספק מראש ובכתב לקבלת השירותים טרם ביצוע השירותים בפועל הינה תנאי מהותי לאחריות הספק על-פי כתב שירות זה.

ה. פירוט השירותים

1. שירותי מוקד מידע טלפוני
 - 1.1. המנוי יהיה זכאי לקבלת שירותי מוקד מידע טלפוני 24 שעות ביממה, וללא כל הגבלה של מספר הפניות, ע"י רופא כללי, כמפורט להלן (להלן: "שירותי מוקד מידע טלפוני").
 - 1.2. בהתאם לשיקול דעתו של הרופא ולהסכמתו של המנוי יתואם למנוי יעוץ טלפוני ע"י רופא מומחה בנושאים הבאים:

- 1.3. **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים.
- 1.4. **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה.
- 1.5. **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי על בדיקות שונות בהלך היריון, מידע על בריחת סידן מהעצם על ידי רופא מומחה ברפואת נשים.
- 1.6. **שירותי מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא מומחה ברפואה גריאטרית.
- 1.7. **שירותי ייעוץ טלפוני עם פסיכולוג** - מתן ייעוץ טלפוני באמצעות פסיכולוג 24 שעות ביממה.
- 1.8. **שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה** - מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, על ידי דיאטן קליני או תזונאי.
- 1.9. הייעוץ הטלפוני ע"י הרופא המומחה יתואם תוך 24 שעות ממועד הפניה לקבלת ייעוץ על ידי רופא מומחה בלבד, קבלת הייעוץ הפסיכולוגי תיעשה תוך 4 שעות מרגע קבלת הפניה הטלפונית במוקד השירות.
- 1.10. מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה, הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותן במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.
- 1.11. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תימנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיא ולפי שיקול דעתו של נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.
- 1.12. מובהר, כי שירותי הייעוץ אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים אל פנים, בכל מקום שהיא דרושה.
- 1.13. מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של המנויים לקבלת שירותי הייעוץ על פי סעיף זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה למעט בערב יום כיפור החל מהשעה 14:00 בערב יום כיפור, ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 1.14. **השירותים כמפורט לעיל, יינתנו ללא כל הגבלה של מספר הפניות של המנוי וללא כל תשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי לנותן השירות.**

2. שירות רופא עד הבית.

- 2.1. המנוי יהא זכאי לקבל שירות רופא עד הבית (להלן: "שירות רופא עד הבית") כמפורט בסעיף 2.2 להלן על ידי אחד מרופאי שבהסכם. השירות יינתן בביתו של המנוי או בכל מקום ישוב אחר בו ימצא המנוי הנזקק לשירות בכפוף לסעיפים 2.4 ו-2.8 להלן.

- 2.2. המנוי יהא זכאי לקבלת שירות רופא עד הבית כמפורט להלן:
- 2.2.1. מסירת אנמנוזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו.
- 2.2.2. בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירי עזר המפורטים להלן:
סטטוסקופ, שפדלים, פנס, אוטו סקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם.
- 2.2.3. קביעת אבחנה רפואית.
- 2.2.4. קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- 2.2.5. קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- 2.2.6. הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/רופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- 2.2.7. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא שבהסכם.
- 2.2.8. מתן תעודה רפואית.
- 2.3. **פינוי חינום באמבולנס** - במקרה שרופא שבהסכם שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת השירות יחליט על פינוי באמבולנס, ישלם נתן השירות למנוי את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו וזאת תוך 30 ימים ממועד מסירת קבלה מקורית בלבד על התשלום הנ"ל לנתן השירות, ובתנאי שהמנוי אינו זכאי להחזר מקופת החולים בה הוא מבוטח ו/או לא אושפז בבית חולים.
- 2.4. השירות הרפואי על פי סעיף זה יינתן כל ימות, 24 שעות ביממה למעט בערב יום כיפור החל מהשעה 14:00 בערב יום כיפור, ועד שעתיים לאחר תום הצום.
- 2.5. השירות הרפואי על פי סעיף זה יינתן בכל מקום ישוב בישראל **למעט יהודה, שומרון, חבל עזה ורמת הגולן אך לרבות מעלה אדומים**. ברמת הגולן השירות הרפואי יינתן בקצרין או בכל מקום ישוב אחר באזור, כאשר המנוי הנזקק לשירות הרפואי יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל רפא בהסכם לפי כתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות, וזאת על פי זמינות של רופא שבהסכם.
- 2.6. עם תום הביקור יחתום המנוי או בן משפחתו, על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי רופא שבהסכם ערך את ביקור הבית בבית החולה.
- 2.7. השירות על פי סעיף זה יינתן תוך שעתיים ממועד הפניה של המנוי אל מוקד השירות.
- 2.8. למרות האמור לעיל, אם נבצר ממוקד השירות של הספק לשלוח רופא תוך שעתיים אל המנוי כאמור לעיל, יהיה זכאי המנוי לקבל את השרות הרפואי אצל כל גורם אחר, לרבות ומבלי למצות שירותים אצל ספק אחר, מוקד רפואי או חדר מיון. הספק ישפה את המנוי תוך 30 יום ממועד מסירת הקבלה על התשלום הנ"ל, וכנגד הצגת קבלה במקור בלבד ובניכוי דמי השתתפות עצמית הנקובה בסעיף 2.8. להלן.

2.9. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שיבצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך של 25 ₪.

2.10. כמו כן, המנוי ישלם ישירות לרפא ההסכם תמורה בגין תרופה בבקבוקים או תרופה באמפולות או זריקות, במידה ותרופות כאמור ניתנו לו ע"י רופא ההסכם.

3. שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

3.1. המנוי יהיה זכאי לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי (להלן: "שירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי"), אשר במסגרתם יהיה זכאי לפגישות פנים מול פנים עם מטפל.

3.2. במסגרת השירות יהא זכאי המנוי לקבלת 12 מפגשים פנים מול פנים עם פסיכולוג שבהסדר בכפוף למפורט להלן:

3.2.1. בעבור הפגישה הראשונה ישלם המנוי דמי תשלום השתתפות עצמית בסך 80 ₪.

3.2.2. בעבור כל מפגש נוסף ועד לתקרת המפגשים המפורטת בסעיף 3.2 לעיל ישלם המנוי דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה.

3.3. מובהר בזאת כי שירותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי הינם טיפולים הנעשים בקליניקות פרטיות בלבד, ללא צורך באשפוז או טיפול במעון יום וללא התערבות מוסדית אחרת.

3.4. פגישות הייעוץ האישיות עם המטפל, תערכנה עם אחד המטפלים אשר הספק התקשר עימו בהסכם. מובהר, כי המטפל שנתן את הייעוץ הראשוני למנוי, לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ האישיות עם המנוי, ואולם הוא יהיה זה שימסור למנוי, את שם המטפל שיבצע את פגישות הייעוץ ואת מספר הטלפון שלו, בין במסגרת שיחת הייעוץ הטלפוני ובין במועד מאוחר יותר.

3.5. על המנוי, לפנות טלפונית בעצמו, אל המטפל בפועל על מנת לתאם עמו מועד לפגישת הייעוץ האישיות הראשונה והפגישות שתבואנה אחריה.

3.6. פגישות הייעוץ האישיות עם המטפל, תערכנה במועד שיתואם ישירות בין המנוי לבין המטפל בפועל כאמור לעיל. פגישת הייעוץ האישיות הראשונה תיערך בתוך שבוע ימים ממועד הפנייה של המנוי אל המטפל. במקרים דחופים, על פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך שני ימי עבודה ממועד הפנייה של המנוי למטפל בפועל, אלא אם המנוי יבקש שתיערך במועד מאוחר יותר.

3.7. פגישות הייעוץ האישיות יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל.

3.8. פגישות הייעוץ האישיות, יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה במועד פגישת הייעוץ הראשונה.

3.9. פגישות הייעוץ האישיות תערכנה במשרדו של המטפל, כאשר המנוי הנזקק לשרות יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל המטפל. מובהר בזאת כי השרות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המנוי.

3.10. עם תום פגישת הייעוץ יחתום המנוי על ספח ביקורת לפיו הוא מאשר, כי המטפל בפועל קיים את פגישת הייעוץ האישית.

3.11. במקרה שהמנוי יבקש לבטל פגישת ייעוץ כלשהי, יודיע על כך ישירות למטפל בפועל לפחות יום עבודה אחד מראש. למען הסר ספק מובהר, כי במקרה שהמנוי לא יודיע על ביטול פגישת הייעוץ לפחות יום עבודה אחד מראש, יחויב המנוי בדמי טיפול עבור אותה פגישת ייעוץ.

3.12. חריגים כללים לשירותי סיוע וייעוץ פסיכולוגי

3.12.1. למטפלים, לפי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקק לטיפול אחר שלא לטפל בפנייה של המנוי ולהפנותו לשירותי חירום ציבוריים.

3.12.2. השרות על פי כתב שרות זה לא יינתן במקרה שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.

3.12.3. שרותי הסיוע והייעוץ הפסיכולוגי על פי כתב שרות זה לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל הינם מקרים של אוטיזם, פיגור שכלי, מצבים פסיכויטיים כרוניים, הפרעות נירולוגיות של התפתחות, שימוש והתמכרות לסמים ועבריינות.

3.12.4. למנוי הזכות לבקש להחליף את המטפל, ובמקרה זה נותן השירות יעשה כמיטב יכולתה על מנת להפנות את המנוי למטפל אחר עימו התקשר נותן השירות בהסכם ובלבד שהחלפת המטפל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי בפועל.

3.12.5. למטפל שיקול הדעת המקצועי המלא והבלעדי להפנות את המנוי למטפל אחר במערך של נותן שירות. השרות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל, קיים רקע אורגני לסבלו של המנוי או חשד לרקע אורגני, המצריך על פי הוראות כל דין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל בפועל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.

3.12.6. השרות על פי כתב שרות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

1. אופן קבלת השירותים:

1. נזקק המנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, כתובתו, מסי הטלפון בו ניתן להשיגו, שם המבטחת, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. רשימת נותני השירות תעודכן מעת לעת על ידי הספק.
3. המנוי יהא זכאי לבחור את נותן השירות ממנו יקבל את השירות לפי כתב שירות זה מתוך רשימה של נותני שירות כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו.

4. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נתון השירות הרלוונטי.
5. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נתוני השירות.
6. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
7. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.
8. על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
9. על האף האמור כתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר.
10. לשם מתן השירות ימסור המנוי לספק ו/או למוקד השירות ו/או לנותן השירות, לפי העניין, את מלוא המידע הרפואי הידוע לו, כפי שיידרש על ידי הספק ו/או מוקד השירות ו/או נתון השירות, לפי העניין.
11. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות לנותן השירות בלבד.

ז. אחריות

1. האחריות בגין איכות השירותים הניתנים על-פי כתב שירות זה ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת תחול על הרופא/ המרפאה/המכון/ המטפל שנתן את השירותים למנוי והמבטחת והספק לא יהיו אחראים בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
 - 1.1 איכות השירותים נשוא כתב שירות זה.
 - 1.2 רשלנות מקצועית או אחרת ו/או כל נזק לגוף או לרכוש או הפסד, אבדן או תוצאה אחרת מכל מין ו/או סוג שהוא ייגרם לנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים, אם בשל מעשה או בשל מחדל, אם נזק ישיר או נזק עקיף.
 - 1.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב שירות זה.
 - 1.4 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר, למען הסר ספק, כי המבטח אינו מעסיק של הספק ו/או של נתוני השירות ולא יהא אחראי כלפי מנוי או מאן דהוא אחר בגין מעשים ו/או מחדלים של הספק ו/או נתוני השירות, בכל מקרה ובכל עניין לרבות אי מתן השירותים נשוא כתב שירות זה.

ח. תוקפו של כתב השירות

1. כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופה תקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי המנוי.
2. בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תוקפה, יסתיים כתב שירות זה.
3. לא שולמו דמי מנוי במועדו ו/או במלואם, תהא המבטחת זכאית לבטל את כתב השירות, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.

4. בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המניו לשירותים על-פי כתב השירות בהודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
5. מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תוקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המניו לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמניו פנה למקוד השירות לקבלת השירותים לפני ביטולו או סיום תקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמניו התחיל בקבלת השירות נשוא כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימו.

ט. שונות

1. הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
2. כל התשלומים הנקובים בכתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. באם יחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
3. במקרה של מספר מבוטחים בפוליסה הזכאים לכתב שירות זה, הודעות שנשלחו למבוטח הראשי כנגדדרתו אצל החברה, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב לחברה, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל בני המשפחה.
4. המבוטח מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתו, ולא תישמע טענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה לידי המבוטח, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.
5. כל הודעה ו/או הצהרה לחברה ו/או מי מטעמה תימסר בכתב.

י. סיכול

במקרה שפעילות הספק או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, גיוס כללי, הפיכה, סכסוך עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שהספק ו/או נותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע, יושהו רק אותם השירותים שנפגעו למשך תקופת ההפרעה. במקרה של אירוע בטחוני מקומי, השירות לא יינתן באזור האירוע באותו מועד.

יא. מקום השיפוט:

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק בית-המשפט המוסמך בישראל.

יב. ייעוץ מקצועי ומידע למימוש זכויות רפואיות וסיעודיות

המניו יהיה זכאי לשירותי יעוץ מקצועי למימוש זכויות במקרה של תביעה בתחום הבריאות או הסיעוד מקופת החולים בה הוא חבר או במסגרת הביטוח המשלים.
נוהל קבלת שירות:

1. המניו יקבל תוך 24 שעות ממועד העברת כל המסמכים אשר נדרשו על ידי מוקד השירות, חוות דעת כתובה לגבי הדרך הטובה והיעילה ביותר, בה עליו לנהוג על מנת לממש את זכאותו על פי חוק הבריאות או הביטוח המשלים.
 2. השירות על פי כתב שירות זה לא כולל כתיבת חוות דעת לצורכי ייצוג משפטי או חוות דעת לטובת מוסדות אחרים ולא כולל הופעה בבית משפט או בכל פורום אחר לצורך מתן עדות עד מומחה ולא כולל עלות טיפול בתביעה מול חברת הביטוח או קופת החולים.
- השירות אינו כרוך בתשלום השתתפות עצמית כל שהיא.

יג. ייעוץ במיסוי ובזכויות כספיות הנובעות ממחלה או תאונה או סיעוד:

1. המניו יהיה רשאי לקבל שירות של ייעוץ מיסוי לבחינת הזכאות להחזר מס, לקבלת פטור ממס, או קבלת נקודות זיכוי, לרבות זכויות המגיעות לו מהביטוח הלאומי, כפועל יוצא ממחלה או תאונה או סיעוד.
2. מאחר ופעמים רבות נוצרות זכויות כספיות נוספות, מעבר לזכויות מול חברת הביטוח מוצע למניו שירות לבחינת זכויותיו הנובעות ממחלה או תאונה. המניו יהיה זכאי לבחינת זכאותו זמנית או קבועה בהיבטים הבאים:
 - ביטוח לאומי: נכות מעבודה (במקרה של תאונה הנחשבת לתאונת עבודה) נכות כללית - קבלת תגמולי נכות מהביטוח הלאומי.
 - ביטוח לאומי: זכויות אחרות בביטוח הלאומי, לרבות: מעשי איבה, נכה נזקק, תקנה 15, גמלת שירותים מיוחדים, חוק הסיעוד.
 - קרן הפנסיה: פנסיית נכות - קבלת תגמולי פנסיית נכות מקרן הפנסיה שלו.
 - משרד הביטחון: חוק הנכים (תגמולים ושיקום) - קבלת תגמולים מקצין התגמולים במשרד הביטחון.
 - ניידות: גמלת ניידות - זכאות ממשרד הבריאות.
3. מניו זכאי המעוניין בקבלת השירותים הנ"ל, יפנה למוקד השירות ויפנה לספק השירות לצורך קבלת ייעוץ מיסוי והערכה מקצועית לגבי הסיכוי לקבלת נקודות זיכוי וההסתברות של המניו לקבלת החזרי מס או פטור ממס (זמני או קבוע).
4. מובהר כי הייעוץ לעניין מס הכנסה כולל פגישה אישית עם נותן השירות, במסגרתה ינתן למניו הייעוץ בעניין המקרה המזכה כאמור לעיל לרבות מסמך מסכם כתוב. השירות על פי כתב שירות זה לא כולל ייצוג משפטי בבית המשפט או ייצוג בפני רשויות המס השונות או הביטוח הלאומי אלא ייעוץ מקצועי בלבד.
5. השתתפות עצמית לקבלת השירות תהיה בגובה 150 ש"ח. ההשתתפות העצמית תשולם במועד פגישת הייעוץ.

פרק 1

שירותים אמבולטוריים

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

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

1.3. "ניתוח גדול" - ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח בעמוד השדרה וניתוח מוח

1.4. "בדיקות ושירותים להריון" -

1.4.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טיילקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנוון, בדיקת CGH - Comparative Genomic Hybridization וכד'.

1.4.2. בדיקת חלבון עוברי.

1.4.3. בדיקת שקיפות עורפית.

1.4.4. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.

1.4.5. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.

1.4.6. בדיקת מי שפיר או בדיקת סיסי שלה.

1.4.7. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.

1.4.8. בדיקת אקו לב של העובר

1.4.9. כל בדיקה אחרת המומלצת ע"י רופא מומחה לתקופת ההריון

2. מקרה הביטוח -

המבטח ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח. מובהר בזאת כי תחולת חריג מצב רפואי קודם לא תהיה בתוקף לגביי מכלול הטיפולים המצוינים בפרק זה - פרק אמבולטורי, וכי הזכאות תקום בכפוף להגדרת מקרה הביטוח.

3. התחייבות המבטח

3.1. התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח

המבטח ישלם למבוטח נגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא בפועל בגין התייעצות ועד 3 התייעצויות או אבחונים אצל רופא מומחה בשנת ביטוח, ועד תקרת הסכום של 900 ש"ח

להתייעצות. מובהר כי התייעצות כאמור לעיל לא תכלול התייעצות עם רופא משפחה ורופא ילדים במסגרת של שגרה או מעקב הריון.

3.2 בדיקות ושירותים להריון. סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי. מעקב הריון.

פיצוי בגין שמירת הריון

3.2.1 המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציאה המבוטחת בפועל בגין הבדיקות כמוגדר בסעיף 1.4.2-1.4.9 לעיל, ועד תקרת סכום של 4,500 ש"ח לכל הריון. במקרה של הריון מרובה עוברים, סכום ביטוח של 6,000 ש"ח להריון.

3.2.2 המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת הבדיקות בסעיף 1.4.1, ועד לסכום של 1,500 ש"ח. הזכאות היא לכל הריון אבל ניתן לבצע כל בדיקה פעם אחת בתקופת ביטוח.

3.2.3 מבוטחת זכאית למעקב הריון אצל רופא מומחה. זכאות לשני ביקורים לכל הריון. החזר בגובה 80% מההוצאה ולא יותר מ 500 ש"ח לביקור.

3.2.4 מבוטחת שאושפזה כתוצאה מסיבוכי הריון לתקופה העולה על 14 יום תהיה זכאית לפיצוי של 150 ש"ח ליום מעבר ליום ה 14 בגין כל יום אשפוז. סכום הפיצוי לא יעלה מעבר ל 5,000 ש"ח.

3.3 טיפולי פוריות וטיפול הפריה חוץ גופית בארץ ובחול

3.3.1 המבטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי פוריות ו/או הפריה חוץ גופית (I.V.F), בתנאי שהטיפול יבוצע על-פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פרוין בישראל ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי), וזאת עד לתקרת סכום של 12,000 ש"ח לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

3.3.2 בהתאם להגדרת סעיף 3.3.1, במקרה של טיפול בחול - המבטח ישלם 80% מההוצאה ולא יותר מ 25,000 ש"ח. טיפול אחד בתקופת הביטוח.

3.4 מימון לשירותי פונדקאות

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה על-ידי הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי), וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח גבולות אחריות המבטח לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. להסרת ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על-פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על-פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

3.5 טיפולים אונקולוגיים

המבטח ישלם למבוטח ישירות או לנותן השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן: טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים. המבטח ישפה את המבוטח עבור

ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל ולא יותר מ 100,000 ש"ח למקרה ביטוח, הנמוך מביניהם. ובלבד שהוצרך במתן הטיפול נקבע על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.6 טיפולי פיזיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול שבהסכם או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד 12 טיפולים לשנה למבוטח, עד לסכום של 150 ש"ח לטיפול, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה רשאי לקבל טיפול ובלבד שהטיפול הומלץ על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.7 בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות כמפורט בסעיף 1.2 לעיל ולא יותר מ 5,000 ש"ח לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על-פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית. בגין בדיקה אונקוגנטית תקרת סכום השיפוי תהיה 6,000 ש"ח.

3.8 כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ועד 4,000 ש"ח למקרה ביטוח, הנמוך מביניהם, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום. תגמולי הביטוחי ישולמו גם בגין התייעצות טלפונית. במקרה והמבוטח נדרש לטוס לביצוע חוות הדעת ישולם בגין הוצאות טיסה במחלקת תיירות וסכום של 250 דולר לכל יום שהות בחו"ל ועד שבעה ימים.

3.9 כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לו הוא נידרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מ 4,500 ש"ח למקרה ביטוח, לפי הנמוך מביניהם. ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.

3.10 בדיקות גנטיות לאבחון גנים סרטיניים

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור אבחון גנטי, פעם אחת בכל תקופת הביטוח, לגילוי נשאות גנים סרטיניים, ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 2 ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב.

3.11 טיפולים ברפואה משלימה

המבטח ישפה את המבוטח, כנגד קבלות מקוריות, עד 12 טיפולים בשנת ביטוח בכפוף לתשלום

השתתפות עצמית של 20% ועד ל 150 שר לטיפול. המבטוח יהיה רשאי לקבל טיפול מתחום הרפואה המשלימה, כמפורט להלן ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא. תחומי הרפואה המשלימה, עפ"י סעיף זה, הנם: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאלה, תזונה, היפנוזה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנרייז, ביו-פיזיק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, פרחי באך, טווינה ורפואה סינית. **סייגים:** אין כיסוי לתרופות, מזון וצמחים בהם משתמש המטופל במסגרת הטיפול האלטרנטיבי.

3.12 בעיות הרטבה לילדים

המבטוח ישפה את המבטוח בגין טיפול למניעת הרטבה לילדים מעל גיל 4 בסכום של 800 שר ועד 80% מההוצאה בפועל. פעם אחת בתקופת ביטוח.

3.13. טיפולים ו/או אבחון בבעיות התפתחות/ליקוי למידה של ילדים:

3.13.1 אבחון ילד מגיל 18-1 לבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה הנעשה במכון מורשה או רופא מומחה בתחום. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד. המבטוח ישפה את המבטוח בסכום של 1,200 שר לאבחון ולא יותר מ 80% מההוצאה בפועל. זכאות לשני אבחונים לתקופת ביטוח

3.13.2 טיפולים לבעיות התפתחות ו/או ליקוי למידה שאובחנו ע"י רופא מומחה נירלוג/מומחה להתפתחות הילד. ילד מגיל 16-2. כולל: טיפול ע"י פסיכותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג ו/או טיפולים בתנועה ו/או באומנות ו/או הוראה מתקנת ו/או שחיה טיפולית ו/או באמצעות בעלי חיים ו/או בשיטת טיפול אחרת מוכרת. המבטוח ישפה את המבטוח בסכום של 150 שר לטיפול ולא יותר מ 20 טיפולים בשנת ביטוח.

3.14 שמירת אחות ופיצוי באשפוז

3.14.1 מבטוח שאושפז מכל סיבה שהיא ולא כתוצאה מניתוח יהיה זכאי להשתתפות המבטוח עבור שירותי שמירת/טיפול אחות. הכיסוי החל מיום אשפוז ועד 30 יום. החזר כספי בשיעור של 80% ולא יותר מ 350 שר ליום.

3.14.2 מבטוח שאושפז מכל סיבה שהיא ולא מניתוח יהיה זכאי לפיצוי בגין אשפוז. פיצוי בגובה 100 שר ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 14 יום. מבטוח מתחת לגיל 18, פיצוי בגובה 200 שר ליום החל מהיום הרביעי לאשפוז ולתקופה מרבית של 14 יום.

3.15. שיקום הדיבור ו/או הראיה או טיפול ב- amblyopia

המבטוח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבטוח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מחוי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד לסכום של 120 שר לטיפול ועד 16 טיפולים בתקופת ביטוח.

3.16 מניו לשרותי משדר קרדילוגי

המבטוח ישתתף בהוצאות מניו לשרותי משדר קרדילוגי, לרבות שכירת או רכישת המשדר,

בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה, וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 180 ש"ח לחודש ועד 24 חודשים.

3.17 אביזרים רפואיים

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאביזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באביזר. החזר עד 75% ולא יותר מ 2,000 ש"ח לתקופת ביטוח.

החזר לאביזרים הבאים: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar, Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר שמיעה, מדרסים רפואיים, מגביר קול לנפגעי הרינגס, מכשיר TNS, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורט וקונס, שתל קוכולארי ו/או נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות או לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים.

3.18 כיסוי מיוחד לילדים - פיצוי בגין היעדרות מבית ספר

מבוטח מתחת לגיל 18 שניעדר מלימודים כתוצאה ממחלה או תאונה. המבוטח זכאי לפיצוי בגובה 100 ש"ח החל מהיום ה 21 להיעדרות ועד 360 יום. ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך פיצוי.

3.19 שהייה במוסד החלמה

המבטח ישתתף בהוצאות השהייה במוסד החלמה בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר בגינו היה מאושפז מעל 5 ימים ברציפות או ניתוח אחר בגינו היה מאושפז מעל 5 ימים ברציפות, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת רק אם השהייה במוסד החלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 600 ש"ח ליום ולא יותר מ 14 ימים בבית החלמה.

3.20 התעמלות שיקומית

המבטח ישתתף בהוצאות בגין התעמלות שיקומית בתנאי שהמבוטח עבר ניתוח גדול כהגדרתו בסעיף 1.3 לעיל או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר ניתוח אחר, ובתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת על פי הפניה של רופא מומחה וזאת עד 80% מההוצאות בפועל, עד לסכום של 200 ש"ח לחודש ולא יותר מ 12 חודשים.

4. תקופת אכשרה:

במקרה של טיפולים הקשורים בהריון תהא תקופת האכשרה בת 120 יום.

5. שיפוי שב"ן:

קיבל המבוטח את הטיפול הרפואי מקופת חולים ו/או השב"ן, תחזיר החברה למבוטח את גובה השתתפות עצמית ששולמה על ידו לקופ"ח או לשב"ן. במקרה זה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המרביים המפורטים.

נספח 1

רשימת גבולות אחריות המבטח

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	נספח 1
במסגרת ההסכם - שיפוי מלא, לא בהסכם - שיפוי עד 5,000,000 ש"ח בכפוף למגבלות הסכומים המפורטים להלן, עד 1,000,000 ש"ח	השתלות בארץ או בחו"ל השתלת לב מלאכותי	2.1	פרק א' השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
עד 900,000 ש"ח	טיפול מיוחד בחו"ל	2.2	
עד 200,000 ש"ח	הוצאות בגין בדיקות לאיתור האיבר להשתלה כולל איתור תורם מח עצם	2.4.1	
עד 200,000 ש"ח	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום השתלה	2.4.2	
עד 1,000,000 ש"ח	שימוש בלב מלאכותי לפני השתלת לב	2.4.3	
עד 25,000 ש"ח	הוצאות נסיעה לחו"ל - עד שלוש נסיעות למקרה ביטוח.	2.4.4	
עד 100,000 ש"ח	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת	2.4.5	
עד 250,000 \$ ליום ועד 200,000 ש"ח	הוצאות לשהייה בחו"ל לאדם	2.4.6	
עד 250,000 ש"ח	טיפולי המשך לאחר ההשתלה או טיפול מיוחד כולל טיסה ושהייה	2.4.8	
עד 150,000 ש"ח	הוצאות חיוניות אחרות	2.4.11	
עד 30,000 ש"ח	מעקב בחו"ל	2.4.12	
עד 350,000 ש"ח עבור השתלה בחו"ל עד 100,000 ש"ח עבור ביצוע השתלה בארץ	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה	2.5	
5,000 ש"ח למשך 24 חודשים 4,000 ש"ח למשך 3 חודשים	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, מעי, לבלב, כליה, כליה - לבלב, מח עצם קרנית	2.6	
עד 6,000 ש"ח למשך 12 חודשים	א.כ.ע. כתוצאה מתרומת איבר לקרוב	2.7	

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	נספח 1
1.57 מיליון ש"ח לשלוש שנים.	סכום השיפוי המרבי	5.3	פרק ב' תרופות שאינן בסל הבריאות
200 ש"ח לכל טיפול	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה	5.4	
150 ש"ח לחודש למקרה ביטוח. בגין תרופה שעלותה מעל 10,000 ש"ח לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית.	השתתפות עצמית של המבוטח	5	
20,000 ש"ח למקרה ראשון			פרק ג' גילוי מחלה קשה
בארץ - עד 150,000 ש"ח בחו"ל - 150% מתקרת הכיסוי בישראל	תחליפי ניתוח בארץ ובחו"ל		
ניתוח אלקטיבי - 1000 ש"ח ליום ולא יותר מ-50% מעלות הניתוח למבטח. ניתוח חירום - 400 ש"ח ליום ולא יותר מ-50% מעלות הניתוח למבטח. פיצוי בגובה 500 ש"ח ליום. פיצוי בגובה 25% מההוצאה שנחסכה למבטח	ניתוח בבית חולים בישראל ללא השתתפות המבוטח ניתוח בבית חולים בישראל וקופ"ח או השב"ן השתתפו בעלות הניתוח. מבוטח שרכש כיסוי משלים שב"ן - ניתוח בבית חולים ציבורי או פרטי בישראל ללא השתתפות המבוטח.	1.6	פרק ד' ניתוח פרטי בארץ ובחו"ל כולל תחליפי ניתוח
\$ 20,000	הטסה רפואית	3.1.1	
\$ 15,000 עד \$ 400 ליום לאדם ועד \$ 30,000	הוצאות טיסה הוצאות שהייה	3.1.2	

נספח 2

אמנת שירות

מוקד שירות

המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות הפועל 24 שעות ביממה, 365 יום בשנה (למעט יום כיפור), ללא הפסקה.

המוקד יופעל בימים א'-ה' בין השעות 08:00 - 18:00 ע"י המבטח באמצעות נציגי שירות. ביתר שעות היממה והשבוע תועברנה השיחות למוקד חיצוני. במידת הצורך יטופל המבוטח באופן מידי ע"י כונן מקצועי של המבטח, המקושר למחשב החברה. אנשי המוקד יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי כדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה. המוקד הטלפוני יזהה עצמו בעת מבטח אליו "אוניברסיטת תל אביב".

אנשי מוקד השירות יענו על כל שאלה או הבהרה בקשר לתנאי הפוליסה, לאופן הגשת תביעה, מעקב אחר תביעות מטופלות וכל נושא אחר הקשור לפוליסה. הטיפול יתבצע באופן מקצועי, בהיר וברור. אנשי המוקד יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.

פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני. נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.

פנייה של מבוטח תיענה בזמן סביר, 80% מהשיחות ייענו בתוך 60 שניות. במקרה של עמוס חריג במוקד, ייקח נציג השירות את פרטי המבוטח המתקשר ויחזור אליו על מנת לטפל בבגיה בגינה פנה, וזאת תוך 3 שעות ממועד הפניה הראשונה. לבקשת המבוטח, יספק מוקד השירות תשובה בכתב. המבטח יתעד ויגבה כל שיחת טלפון, פקס ותכתובת דואר אלקטרוני עם מבוטח ומי מטעמו, כדי שיהיו זמינים לבירור מחלוקת ולכל צורך אחר.

המבטח ימנה מתוך צוות טיפול בתביעות, נציגים אשר יטפלו בלעדית במבוטחי פוליסה זו. המבטח יעמיד לרשות בעל הפוליסה איש קשר בכיר, שיהיה בעל ידע מקצועי ונסיון נרחב בתחום ביטוחי הבריאות ונוהלי החברה. ויהיה בקיא היטב בפרטי חוזה זה.

במקרים דחופים יהיה איש הקשר הבכיר זמין בכל שעות היממה, באמצעות מוקד השירות. אישור התביעה יעשה תוך 7 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה.

התחייבות המבטח לתשלום תביעה תהיה עד 10 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטח.

מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבוננו. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.

המבטח מתחייב שפעמיים בשבוע, בכל פעם למשך 4 שעות, יגיע נציג שירות של המבטח למשרדי האוניברסיטה לצורך מתן שירות למבוטחים. נציג השירות יגיע עם מחשב נייד שיחובר למוקד השירות לצורך מענה למבוטחים.

תדירות השירות וזמני השירות יתואמו מול בעל הפוליסה בהתאם לצורך.

שיווק והטמעה

במהלך 90 הימים הראשונים של ההסכם, המבטח יקיים כנסי הסברה למבוטחים על - מהות התוכנית, יתרונותיה, מחיר, אופן הצטרפות, נוהל תביעות וכד'. הכנסים יתקיימו באתרים השונים של בעל הפוליסה ובהתאם להנחיותיו. באחריות המבטח, בתוך 30 יום מחתימה על ההסכם הכנת חוברת למבוטחים על פי כללי משרד האוצר בדבר גילוי נאות. נוסח החוברת, עיצובה וכל הכרוך בה יהיו כפופים להחלטתו ואישורו של בעל הפוליסה ובסטנדרטים המקובלים עליו. החוברת תודפס במספר עותקים כמס' בתי אב בתוספת הערכת כמות למספר המבוטחים העתידיים להצטרף לביטוח. כל שינוי בנוסח החוברת חייב להיות מאושר, מראש ובכתב, על ידי בעל הפוליסה. חוברת הפוליסה תישלח לבתי המבוטחים ע"י המבטח על בסיס קובץ כתובות שיועבר ע"י בעל הפוליסה.

בכפוף להעברת מידע מבעל הפוליסה במשך תקופת הביטוח על בסיס קובץ המבוטחים החדשי ואשר יכול: הצטרפות עובד חדש לבעל הפוליסה, הולדת תינוק לעובד מבוטח, נישואין של עובד מבוטח ועזיבה של עובד - יפנה מוקד השירות של המבטח למבוטח ויודא מילוי של טופס הצטרפות, יציע לו לצרף את בני משפחתו לביטוח (בני משפחה, תינוק בן/בת זוג מנישואין), בתוך 30 יום מקבלת המידע מבעל הפוליסה או לממש את זכאותו להמשכיות או להעביר הוראת קבע אישית ביציאה לחל"ת כדי שלמר את הביטוח.

אחת לרבעון יעביר המבטח דו"ח לבעל הפוליסה:

רשימת עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה. מתוכם פירוט של עובדים שחתמו על טופס הצטרפות או שלא חתמו ולכן לא צורפו לביטוח. עובדים שצירפו בני משפחה או שלא צירפו בני משפחה. רשימת עובדים שנולדו להם תינוקות או שנישאו וצירפו או שלא צירפו את התינוק ו/או את בן/בת הזוג החדש/ה.

רשימת עובדים שעזבו או שיצאו לגימלאות או שיצאו לחל"ת. עובדים שפרשו - פנייה של המבטח לזכות להמשכיות, במקרה גימלאי ו/או חל"ת קבלת הוראת קבע להמשך הכיסוי הביטוחי. המבטח יפיץ פעמיים בשנה בתאום עם בעל הפוליסה תזכורת לעובדים של הזכות לצרף בן/בת זוג מנישואין, צירוף תינוק שנולד.

ממשק עבודה מול בעל הפוליסה

המבטח מתחייב להעביר לבעל הפוליסה פעמיים בשנה דו"ח תביעות ושימושים בפוליסה על פי מפרט משרד האוצר.

המבטח מתחייב לקיים אחת לתקופה על פי בקשה של היועצים ו/או בעל הפוליסה ישיבת עבודה על מנת לבחון נושאים שונים הקשורים לכיסויי הפוליסה ונושאים תפעוליים.