

פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות | אפריל 2026
לעובדי עיריית חיפה
ובני משפחותיהם



תוכן עניינים

עמוד

4	ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה על פי תקנות "גילוי נאות"
6	פירוט הכיסוי הביטוחי על פי תקנות "גילוי נאות" למבוטח
15	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
31	פרק א - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
35	פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
39	פרק ג - ניתוחים וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
43	פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - "מהשקל הראשון" (אחידה)
45	פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ - משלים שב"ן (אחידה)
48	פרק ו - שירותים אמבולטוריים
53	אופן הגשת תביעה

גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות קבוצתי

סעיף	תנאים
שם הביטוח	פוליסת בריאות קבוצתית לעובדי עיריית חיפה ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל, ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון (אחידה), או ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן (אחידה), שירותים אמבולטוריים.
תיאור הביטוח	רובד מלא - השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל - או - פרק א - השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פרק ד - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - פרק ה - שירותים אמבולטוריים - פרק ו - פרק א - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל - פרק ג - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - פרק ד - מהשקל הראשון - פרק ה - פרק ו - שירותים אמבולטוריים - פרק ו
תקופת הביטוח	5 שנים מיום 01.04.2026 ועד ליום 31.03.2031
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	בתנאים הכלליים - סעיף 10 פרק א - סעיף 7 פרק ב - סעיף 5 פרק ג - סעיף 9 פרק ד - סעיף 4 פרק ה - סעיף 5 פרק ו - סעיף 1
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (אכשרה) ¹	פרק א, ב, ג - 90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. פרק ד, ה - 90 ימים. למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. במקרה הקשור להיריון ולידה - 12 חודשים. פרק ו - 90 ימים.
השתתפות עצמית	פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות השתתפות עצמית 200 ₪ לתרופה לחודש. השתתפות עצמית 500 ₪ לתרופה מיוחדת לחודש. פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל סעיף 6.3 - 20%. פרק ו - שירותים אמבולטוריים סעיף 4.7, 4.3 - 15% השתתפות עצמית סעיפים 4.3-4.6, 4.8, 4.4-4.13, 4.16-4.18 - 20% השתתפות עצמית
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים.

אכשרה¹ - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח, בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

עלות הביטוח (פרמיות)	דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כדלקמן:		
	מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	מסלול ניתוחים משלים שב"ן	
	185 ₪	166.50 ₪	עובד
	240 ₪	216 ₪	בן/בת זוג; ילד בוגר (מעל גיל 25)
	70 ₪	63 ₪	ילד (עד גיל 25)
	ילד* - עד גיל 25. (מהילד החמישי ואילך - ללא תוספת פרמיה).		
מדד הבסיס	14275 נקודות, המדד שפורסם ביום 15.3.2025.		
מבנה הפרמיה	פרמיה קבועה. לפי הטבלה שלעיל למעט מעבר מילד לבוגר. יתכן שינוי גם בעת התאמת פרמיה.		
המשכיות	6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבטח רשאי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית. 6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם - המוקדם מביניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסויי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה. 6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 60 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח. 6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח. 6.5. במידה וכיסויי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסויים שבפוליסה זו, לא יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות לכיסויים ולסכומים החדשים. 6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט. 6.7. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים. 6.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.		

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק א - השתלות, וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל <u>סעיף 3.1-3.2</u>	שיפוי כללי מרבי להשתלה להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1 (1.1.1) - עד 5,250,000 ₪ (1.1.2) - עד 3,000,000 ₪ (1.1.3) - עד 150,000 ₪	בוצעה השתלה עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא עבור ההוצאות במפורטות בסעיף 4.1. שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.2, ופיצוי לפי הפירוט בסעיף 4.3. בוצעה השתלה עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי מלא לסעיף 4.1, שיפוי מוגבל לפי הפירוט בסעיפים 4.2. ופיצוי לפי סעיף 4.3.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
טיפול מיוחד מחוץ לישראל <u>סעיף 3.3-3.4</u>	שיפוי בגין הוצאות טיפול מיוחד מחוץ לישראל	בוצע טיפול מיוחד עם ספק שבהסכם - שיפוי מלא לסעיפים 4.1.2-4.1.7 בוצע טיפול מיוחד עם ספק שבהסכם - שיפוי מוגבל לסעיפים 4.2.2 - 4.2.7. בוצע טיפול מיוחד עם נותן שירות שאינו בהסכם - שיפוי מלא לסעיפים 4.1.2-4.1.7 ושיפוי מוגבל להוצאות בסעיפים 4.2.2 עד 4.2.7 ועד סכום מירבי לכל מקרה ביטוח עד 1,000,000 ₪.	אין	
הוצאות המכוסות <u>סעיפים 4.1.1 עד 4.1.7</u>	- שיפוי בגין הוצאות לפעילות רפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל שימורו והעברתו למקום ביצוע הטיפול הרפואי. - שיפוי בגין הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 ימים לפני ההשתלה/טיפול מיוחד ועד 365 ימים לאחר מכן. - שיפוי בגין הוצאות הצוות הרפואי ועלות חדר ניתוח.	שיפוי מלא	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
ההוצאות המכוסות סעיפים 4.1.1 עד 4.1.7	- שיפוי בגין הוצאות טיסה סדירה במחלקת תיירים לצורך ביצוע הטיפול הרפואי ושובם לישראל. - שיפוי בגין הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, מחוץ לישראל וחזרה. - הוצאות הטסת גופה של המבוטח אם נפטר מחוץ לישראל במהלך הטיפול הרפואי הנזכר לעיל. - שיפוי בגין הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום ביטוח.	שיפוי מלא	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
	- שיפוי הוצאות בגין בדיקות לאיתור תרומת מוח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מוח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה ורישום במאגרים מחוץ לישראל. - שיפוי בגין הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים. - שיפוי בגין הוצאות טיפולים רפואיים שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה. - הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - על אף האמור, אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל. - הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, אם הם נובעים מביצוע ההשתלה. - טיפול בגין השתלה - - טיפולים בגין טיפול מיוחד - - הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל.	עד 300,000 ₪ עד 200,000 ₪ עד 250,000 ₪ עד 100,000 ש"ח כיסוי מלא. עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד. עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים (למבוטח קטין). עד 350,000 ₪ עד 175,000 ₪ עד 200,000 ₪.	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
קצבה חודשית למועמד להשתלה <u>סעיף 4.3.1</u>	- פיצוי למבוטח שמועמד להשתלה ומרותק למיטתו בשל מצבו הרפואי. - פיצוי למבוטח שמועמד להשתלה המאושפז בבית חולים. לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.	4,500 ₪. 2,000 ₪.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה <u>סעיף 4.3.2</u>	גמלת החלמה לאחר השתלה למעט השתלת מח עצם.	5,500 ₪ לחודש למשך 24 חודשים.	אין	
פיצוי חד פעמי במקרה השתלה שבוצעה מחוץ לישראל ללא השתתפות המבטח <u>סעיף 5</u>	פיצוי חד פעמי למבוטח שעבר השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטח.	סך 400,000 ₪	אין	
טיפול ניסיוני בחו"ל ממומן ע"י גורם שלישי <u>סעיף 6</u>	טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, תשתתף המבטח במימון הוצאות הנסיעה והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי בחו"ל כלהלן: עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים. הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום.	עד 30,000 ₪ עד 50,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד. תוכפל התקרה בסעיף זה. עד 800 ₪ ליום למלווה. ועד 1,000 ₪ לשני מלווים.		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות				
תרופות מיוחדות שאינן בסל הבריאות סעיף 3.2	- שיפוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואושרו באחת מהמדינות המוכרות כהגדרתן בפוליסה. - כיסוי לתרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, להתוויה שונה, בכפוף לאישורה באחת המדינות המוכרות. - תרופת יתום - תרופה המוגדרת כ- off label	עד 3,000,000 ₪ מתמלא כל שנתיים.	עד 200 ₪ לתרופה לחודש.	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
	תרופות מיוחדות על פי סעיף 29ג'א)	עד 1,000,000 ₪ מתמלא כל שנתיים ועד 200,000 ₪ לחודש.	500 ₪ לתרופה לחודש.	
	בדיקה גנומית - להתאמת תרופה.	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.	20%	
טיפול הכרוך במתן תרופה סעיף 3.2.3	תשלום בגין טיפול רפואי נלווה.	עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.	אין	
פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל				
ניתוחים מחוץ לישראל סעיף 3	ביצוע ניתוח מחוץ לישראל, במהלך תקופת הביטוח. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות. הטסת גופת המבוטח, טיסות במחלקת תיירות, הוצאות יבשתיות.	אצל נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא, להוצאות בסעיף 5.1, שיפוי מוגבל להוצאות בסעיף 5.2. וסעיף 6, פיצוי כאמור בסעיף 7. ובלבד שסכום הביטוח המירבי לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.	אין	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
	ביצוע טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, במהלך תקופת הביטוח. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות. הטסת גופת המבוטח, טיסות במחלקת תיירות, הוצאות יבשתיות.	אצל נותן שירות שבהסכם או שאינו בהסכם - שיפוי מלא, להוצאות בסעיף 5.1.1-5.1.2, שסכום הביטוח המירבי לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
הוצאות המכוסות <u>סעיף 5.2.1</u>	שיפוי בגין הוצאות 2 התייעצויות עם רופא מומחה בישראל בקשר לניתוח.	עד 1,200 ₪ לכל התייעצות.	אין	
<u>סעיף 5.2.2</u>	שיפוי בגין הוצאות התייעצויות אחת עם רופא מומחה מחוץ לישראל בקשר לניתוח.	עד 4,000 ₪.	אין	
<u>סעיף 5.2.3</u>	שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות. אם החברה תאמה את ההטסה הרפואית.	עד 100,000 ₪ שיפוי מלא.	אין	
<u>סעיף 5.2.4</u>	הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח אם לא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪	אין	
<u>סעיף 5.2.5</u>	שתל שהושתל במהלך ניתוח	עד 60,000 ₪	אין	
הוצאות נוספות בגין ניתוח מורכב <u>סעיף 6.1-6.2</u>	- שיפוי בגין הוצאות שירותי אחות פרטית, עד 8 ימים ובתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב. - שיפוי בגין הוצאות שהייה מחוץ לישראל. במקרה מבוטח קטין - שני מלווים. לתקופה מרבית של 30 ימים.	עד 650 ₪ ליום. עד 1,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד. עד 1,500 ₪ למבוטח ו-2 מלווים.	אין	
<u>סעיף 6.3-6.4</u>	- שיפוי בגין הוצאות טיפולי פזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית, ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל עקב ניתוח מורכב שבוצע מחוץ לישראל, בתוך 90 ימים ממועד הניתוח. - שיפוי בגין הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל, בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בכך.	250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים. עד 400 ₪ ליום.	20%	90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
<u>סעיף 6.5</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור בדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים ממועד הניתוח.	עד 100,000 ₪.	אין	
פיצוי במקרה פטירת המבוטח <u>סעיף 7</u>	נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב אותו קבע המבוטח או אם לא נקבע המוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח.	פיצוי 150,000 ₪	אין	

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ד - ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ כיסוי מהשקל הראשון (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>סעיף 3</u>	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח. • התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח • שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח, • הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/טיפול מחליף ניתוח • הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/ טיפול מחליף ניתוח והאשפוז. • שתלים. • תרופות במהלך אשפוז.	בעת ביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם ספק שבהסכם - יינתן שיפוי מלא. בעת ביצוע ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח עם ספק שאינו בהסכם - יינתן שיפוי עד לסכום הביטוח המרבי הקבוע עבור השירות הרפואי שבוצע במבטוח, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח. נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא. נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	אין	90 ימים. למעט אם מקרה הביטוח נגרם עקב תאונה. במקרה הריון ולידה - 12 חודשים.
לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב", תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב" הם מוצרים זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב" מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.				
פרק ה - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל מסלול משלים שב" (אחידה)				
ניתוח או מחליף ניתוח בארץ <u>מסלול משלים שב" סעיף 2</u>	ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, שבוצע בישראל במבטוח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח במסגרת השב"ן • התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח • שכר מנתח, שכר מרדים, הוצאות חדר ניתוח, • הוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז, כולל אשפוז טרום ניתוח/טיפול מחליף ניתוח • הוצאות בגין בדיקות במהלך הניתוח/ טיפול מחליף ניתוח והאשפוז. • שתלים. • תרופות במהלך אשפוז	כיסוי לאחר מיצוי זכויות עם השב"ן. במקרה של ספק שאינו בהסדר יינתן שיפוי עד לסכום המירבי הקבוע באתר האינטרנט של החברה עד 1,500 ₪ ליעוץ ועד 3 התייעצויות בשנת ביטוח.	אין	90 ימים. במקרה הריון ולידה - 12 חודשים.
לתשומת ליבך, למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים) חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל שנגרמו לך כתוצאה מהניתוח (המכוסה על פי הפוליסה) לאחר השתתפות תכנית השב"ן בקופת החולים וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.				

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
פרק ו - שירותים אמבולטוריים				
בדיקות אבחנתיות <u>סעיף 4.1</u>	שיפוי בגין בדיקות אבחנתיות, כמפורט: בדיקות CT, בדיקות הדמיה US, אולטרסאונד ובדיקת PET. בעת בדיקת MRI, בדיקות הדמיה אחרות, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, קולונסקופיה וירטואלית, קפסולה למעיים, וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על - פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון בעיה רפואית או חשד לבעיה רפואית ו/או הזדקקותו של המבוטח לאחת הבדיקות לרפואה מונעת, למעקב או לקביעת דרכי טיפול.	עד 5,000 ₪ לשנה. עד 6,000 ₪ לשנה.	15% 15%	90 ימים
התייעצויות עם רופא מומחה <u>סעיף 4.2</u>	התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח - עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח. (למעט רופא משפחה, רופא ילדים במסגרת של שגרה)	עד 1,200 ₪ להתייעצות.	אין	
בדיקות לרפואה מונעת למבוטח מעל גיל 50 <u>סעיף 4.3</u>	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות כגון: ממוגרפיה, בדיקות פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני. ובתנאי שקיימת הצדקה רפואית.	עד 280 ₪ לבדיקה אחת ל-3 שנים.	20%	
בדיקות ושירותים לנשים בהריון <u>סעיף 4.4</u>	שיפוי בגין בדיקות לנשים בהריון, כמפורט בסעיף 2.3 בפרק זה בתנאי הפוליסה, הכיסוי יינתן להריון אחד בלבד בשנת ביטוח.	עד 5,000 ₪ לכל הבדיקות להריון.	20%	120 ימים.
טיפול פזיותרפיה והידרותרפיה <u>סעיף 4.5</u>	שיפוי בגין טיפולי פיזיותרפיה והידרותרפיה (ללא קשר לניתוח) עפ"י הוראת רופא אורתופד מומחה.	עד 2,400 ₪ ועד 12 טיפולים לשנה לכל שנת ביטוח.	20%	90 ימים
אביזרים רפואיים <u>סעיף 4.6</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור האביזרים שלהלן: פאה לחולה אונקולוגי/ סוכרתי, סד גבס קל, מדרסים ומשאבת אינסולין. עפ"י הוראת רופא מומחה בתחום.	עד 1,000 ₪ לאביזר, לכל שנת ביטוח.	20%	90 ימים
בדיקות פתולוגיות גנטיות <u>סעיף 4.7</u>	שיפוי הוצאות בגין בדיקות שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה, כולל בדיקות גנטיות בקרוב המשפחה לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבוטח. ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושרו תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.	עד 30,000 ₪ לתקופת ביטוח.	15%	90 ימים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית <u>סעיף 4.8</u>	שיפוי בגין הוצאות לחוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על-ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אפי הטיפול לו הוא נידרש, ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.	עד 4,500 ₪ לשנת ביטוח.	20%,	90 ימים
שכר אחות לאחר ניתוח <u>סעיף 4.9</u>	שיפוי בגין הוצאות שכר אח/ות לאחר ניתוח.	עד 600 ₪ ליום ועד ל-14 ימי אשפוז.	אין	90 ימים
פיזיותרפיה בזמן אשפוז <u>סעיף 4.10</u>	שיפוי בגין הוצאות פיזיותרפיה המבוצעים במהלך האשפוז שלאחר הניתוח.	שיפוי מלא.	20%	90 ימים
אובדן כושר תפקוד כתוצאה מניתוח <u>סעיף 4.11</u>	פיצוי חודשי (למבוטח מגיל 21 עד 70 וכן לעובד פעיל מעל גיל 70) אשר איבד כושר תפקודי זמני או קבוע כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח. על פי קביעת רופא מומחה מטעמו ולאחר תקופת המתנה בת 60 ימים. למען הסר ספק, לא יכוסה במסגרת כיסוי זה אובדן כושר עבודה שסיבתו אינה ביצוע הניתוח עצמו, אלא המחלה ו/או התאונה אשר בגינם בוצע הניתוח.	סך 3,228 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	אין	90 ימי אכשרה. תקופת המתנה 60 ימים.
פיצוי במקרה מוות במהלך ניתוח <u>סעיף 4.12</u>	פיצוי במקרה בו נפטר המבוטח בעת ניתוח או במהלך 30 ימים מהיום בו עבר ניתוח, כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ישולם ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה.	סך 100,000 ₪	אין	90 ימים
שהייה במוסד החלמה מוכר בישראל <u>סעיף 4.13</u>	שיפוי הוצאות בגין ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר שבגיניו אושפז לתקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים. ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי.	עד 800 ₪ ליום החלמה ועד 14 ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה.	20%	90 ימים
טיפול התעמלות שיקומית <u>סעיף 4.14</u>	שיפוי הוצאות בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח המכוסה על-פי הסכם זה.	עד 250 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, ממועד ביצוע הניתוח.	20%	90 ימים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית	תקופת אכשרה
ייעוץ פסיכולוגי / פסיכיאטרי <u>סעיף 4.15</u>	שיפוי בגין הוצאות לטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי אשר יינתנו על ידי פסיכולוג קליני או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים או פסיכיאטר. <u>הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה אך ורק כתוצאה מהמקרים המפורטים:</u> הפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרה ראשונה שהמבוטח חלה בה, מחלה כרונית שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה עבר, או סיעוד שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה של המבוטח חלה בה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, גירוש של המבוטח מבן/ת זוגו, פיטורים של המבוטח ממקום עבודתו.	עד 200 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לתקופת ביטוח.	20%	90 ימים
טיפול רפואי משלימה <u>סעיף 4.16</u>	שיפוי בגין הוצאות לטיפולים לפי הרשימה המצורפת להלן: אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנארייז, ביו פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, טווינא, שיטת פאולה, חדר מלח, רפואה סינית. הזכאות מותנת בהפנייה של רופא מומחה או רופא משפחה לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול. ובלבד שהטיפול ניתן ע"י מטפל שזה תחום עיסוקו ועבר הכשרה בתחום הרלוונטי (למעט הטיפול בחדר מלח).	עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח.	20%	90 ימים
אבחון בבעיות התפתחות של ילדים <u>סעיף 4.17</u>	שיפוי הוצאות בגין 2 אבחונים לילד מבוטח מגיל 3-18 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד.	עד 2,500 ₪ לאבחון בתקופת ביטוח.	20%	90 ימים
טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים <u>סעיף 4.18</u>	שיפוי בגין הוצאות עבור טיפולים בהתפתחות הילד מגיל 3-18 שאובחן ע"י מומחה לניורולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה, הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול ברכיבה טיפולית, שחייה טיפולית.	עד 120 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים בשנת ביטוח.	20%	90 ימים
הערות	לתשומת ליבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. דע לך שאם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב", תוכל לעשות זאת ברצף תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים זהים \ אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת חולים טרם הפניה לחברת הביטוח.			

כל האמור לעיל כפוף לתנאי ההסכם והפוליסה המלאים וחריגיה החתומים אצל בעל הפוליסה. טל"ח.

תנאי הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי עיריית חיפה ובני משפחותיהם

1. הגדרות כלליות

בפוליסה ובנספחיה תהיה למונחים הבאים משמעות אשר מפורטת בצידם:

- 1.1. החברה" או "המבטח/ת" – איילון חברה לביטוח בע"מ
- 1.2. "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל התנאים הכלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל הנספחים/כתבי השירות שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
- 1.3. "תאריך תחילת הביטוח" – 01.04.2026
- 1.4. "תאריך הצטרפות" – התאריך בו הצטרף המבטח לביטוח זה.
- 1.5. "הסכם הביטוח" - הסכם מיום 01.04.2026 שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.6. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח ונקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים
- 1.7. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד לבריאות הנפש/ או מוסד שיקומי.
- 1.8. "בית חולים ציבורי" - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגרי המידע של משרד הבריאות.
- 1.9. "בית חולים פרטי" - בית חולים שאינו ציבורי. למרות האמור לעיל בית חולים פרטי ייחשב גם בית חולים ציבורי שנהוג לבצע בו ניתוחים פרטיים לרבות מחלקות (או מערכים) של שר"פ/ שר"ן ו/או קרנות מחקר.
- 1.10. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל.
- 1.11. "ישראל" - שטח מדינת ישראל והשטחים המוחזקים, שהגדרתם לצורך פוליסה זו היא: שטח C ושטחי ישובים ישראליים ושטחי בסיסים או עמדות צה"ל המצויים בשטח B. למען הסר ספק, שטח A לא נכלל בהגדרת "ישראל" לצורך פוליסה זו
- 1.12. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב, שטח A ושטחי B שאינם יישובים ישראליים או עמדות צה"ל.
- 1.13. "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
- 1.14. "מנתח" – רופא אשר הוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח.
- 1.15. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.16. "אשפוז" - שהייה בבית חולים הכוללת בין השאר הוצאות בגין תרופות, בדיקות ופיזיותרפיה הקשורות לאשפוז ואשר אושרו ע"י המנתח או רופא מומחה המטפלים במבוטח.
- 1.17. "נותן שירות בהסכם" - מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
- 1.18. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות או של רשות מוסמכת בחו"ל.

- 1.19. "רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
- 1.20. "פיזיותרפיה" - טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לביצוע טיפול פיזיותרפי ובתנאי שהצורך בטיפול אושר על ידי רופא מומחה.
- 1.21. "מקרה הביטוח" - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל אחד מפרקי פוליסה זו או נספחיה אשר בהתקיימה, מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח.
- 1.22. "טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסיניק ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעניין בתוצאות המחקר/הטיפול ואשר אינו קונבנציונאלי ו/או אינו מקובל לפי אמות מידה מקובלות בישראל.
- 1.23. "בדיקה פתולוגית" / "בדיקת פתולוגיה" - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח לרבות ביופסיה ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את סוג התאים ו/או את סוג המחלה ממנה סובל החולה ו/או את דרך הטיפול המיטבית בחולה ו/או לבחון את מידת יעילות של הטיפול שניתן לחולה.
- 1.24. "יום אשפוז" - שהיה רצופה בבית החולים של 24 שעות. אשפוז לצורך ביצוע ניתוח ייחשב גם אם אושפז לפחות מ 24 שעות.
- 1.25. אשפוז יום- שהייה רצופה של 12 שעות בבית חולים.
- 1.26. "גיל" או "גיל המבוטח" - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.27. גיל ביטוחי –גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. אם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות משישה חודשים, יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד למועד יום ההולדת של המבוטח, נותרו למעלה מ-6 חודשים, יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה.
- 1.28. "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו - יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.29. "בעל הפוליסה" - מי שהמתקשר עם המבוטח בהסכם הביטוח ואשר שמו נקוב בפוליסה כבעל הפוליסה, לרבות חברות קשורות ו/או בנות. במידה וישנו ספק לגבי השתייכות ישות משפטית להגדרה זו, פרשנות בעל הפוליסה תהיה מחייבת, והכל בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 1.30. "המבוטח/ים" - עובדים אצל בעל הפוליסה, ובני משפחותיהם.
- 1.31. "מבוטח/ים קיימים" - מי שהיו מבוטחים בפוליסה הקודמת ערב תחילת תקופת הביטוח בפוליסה זו.
- 1.32. "מבוטח/ים חדשים" -עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים במועד תחילת ביטוח זה, ו/או עובדים קיימים של בעל הפוליסה שלא היו מבוטחים בפוליסה הקודמת ו/או עובדים שחזרו מחל"ת ו/או חל"ד, בתנאי שבמועד תחילת ביטוח זה היו בחל"ת או חל"ד, ובני משפחותיהם של כל אלה. ניתן להחליף את "עובד" ב"חברי" לפי המקרה.
- 1.33. "בני משפחה / בני משפחותיהם" - בני/בנות זוגם של העובד (כולל בני זוג המין), לרבות ידועה/בציבור וילדיהם, לרבות ילדים מאומצים וילדים של בני זוג מנישואין קודמים, ובני זוגם של ילדי העובד/ת ונכדי העובדים ו/או אלמן/נה של העובד, לרבות ידועה/בציבור ושעובד שנפטר.
- 1.34. "שב"ן" - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים לשירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.35. "חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

- 1.36. "חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.37. "תקנות ביטוח בריאות קבוצתי" – הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
- 1.38. "קופת חולים" – תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. המבטח יסתמך בקביעת זכאות המבוטח לטיפול הרפואי על פי תנאי הפוליסה על קביעות רפואיות של קופת חולים.
- 1.39. "וועדת הליסינקי" – ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין.
- 1.40. "תקופת אכשרה" תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח. יובהר, כי לא תחול תקופת אכשרה בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה שהתרחשה בתקופת הביטוח. למרות האמור לעיל, תקופת אכשרה לא תמנה מחדש לגבי מבוטחים שצורפו לביטוח הקבוצתי ללא צורך במתן הצהרת בריאות וכן על מבוטחים קיימים שהיו מבוטחים במסגרת הביטוח הקודם ועברו להסכם זה ברצף.
- 1.41. "דמי הביטוח" או "הפרמיה" – הסכומים בגין הפוליסה שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטחים לשלם למבטח על פי תנאי הפוליסה והסכם הביטוח.
- 1.42. "סכום ביטוח" – הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק.
- 1.43. "המדד" – מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחזר לשירותי הבריאות.
- 1.44. "מדד בסיס" – המדד שפורסם בתאריך 15.03.2025. (14275 נקודות).
- 1.45. "דף פרטי הביטוח" – דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.46. "תקופת (ה)בדיקה" – תקופה של 24 חודשים אשר במהלכה נבדקת ריווחיות הפוליסה ובהתאם מתבצעת התאמה לפרמיה.
- 1.47. "השתתפות עצמית" – חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.48. "סייג בשל מצב רפואי קודם" – חריג כללי הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את היקף חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.49. צירוף בהסכמה – צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר שהמבוטח נושא בעלות כלשהי עבור הביטוח).
- 1.50. תאונה – חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידי לקרות מקרה הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטרבות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות לא ייחשבו כ"תאונה".

- 2.1. תקופת הסכם הביטוח והפוליסה הינה מיום 01.04.2026 וסיומה ביום 31.03.2031 (להלן: "תקופת ההסכם" ו/או "תקופת הביטוח").
- 2.2. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן) כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח (ואורכות ככל שישנן), אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 2.3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם

- 3.1. מבוטחים קיימים יצורפו לביטוח בכפוף לאישור פוזיטיבי להמשך הביטוח עד לתאריך 01.04.2026 ללא צורך במילוי הצהרות בריאות וללא חיתום רפואי,
- 3.2. רצף ביטוחי
- מועד תחילת הביטוח עבור המבוטחים הקיימים יהיה המועד בו הצטרפו לראשונה לביטוח. מבוטחים קיימים שמילאו בביטוח הקודם הצהרת בריאות, וביטוחם במסגרת הביטוח הקודם כלל החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות אלו יהיו בתוקף בפוליסה החדשה.
- 3.3. עובדים חדשים ובני משפחותיהם יהיו זכאים להצטרף לביטוח לאחר שהשלימו שנת וותק אחת אצל המעסיק בכפוף למילוי טופס הצטרפות ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום ובלבד ובלבד שיממשו את זכאותם תוך 90 יום מהמועד בו זכאי העובד החדש להצטרף לפוליסה, או 90 יום ממועד חזרתו של העובד מחל"ת או חל"ד, כאשר מועד תחילת החל"ת/חל"ד היה לפני תאריך תחילת ביטוח זה. מועד הצטרפותם לביטוח לעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה המועד בו הצטרפו להסכם הביטוח בפועל.
- 3.4. עובד/ת אצל בעל הפוליסה במועד תחילת הסכם זה אשר לא היה מבוטח במסגרת ההסכם הקודם, ו/או בני משפחתו ו/או היה מבוטח במסגרת ההסכם הקודם אך גרע עצמו במהלך תקופת הביטוח, יצורף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ובתוך 90 יום ממועד התחלת הביטוח.
- 3.1. עובד שנישא או הפך לידוע בציבור בתקופת הביטוח יהיה רשאי לצרף את בן/בת זוגו, כולל ילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד הנישואין או הפיכתו לידוע בציבור, ללא צורך במילוי הצהרות בריאות ללא צורך בחיתום, ובכפוף למילוי טופס הצטרפות מועד תחילת הביטוח יהיה מועד תחילת הזכאות לצירוף.
- 3.2. תינוק שנולד למבוטח או שאומץ ע"י מבוטח ו/או ע"י בן זוגו, יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא צורך בחיתום שיוגש טופס הצטרפות בתוך 90 יום ממועד לידתו או ממועד אימוצו או ממועד הגעתו לארץ (המאוחר מביניהם). מועד תחילת הביטוח יהיה בחודש העוקב למועד הולדת הילד או יום אימוצו.
- 3.3. בן משפחה אשר יבקש להצטרף לכל אחד מפרקי/מרבדי הביטוח שלא על פי האמור לעיל, יהיה חייב במילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות וחיתום. מוסכם בין הצדדים כי בגין עובדים הנדרשים למלא הצהרת בריאות, המבוטח יאשר/ידחה את קבלתם לפוליסה.
- 3.4. מבוטחים יצורפו לביטוח בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף זה, וזאת בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבוטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח. במידה והמבוטח הראשי נפטר, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים בפוליסה עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.
- 3.5. צירוף בני משפחה של עובד בהתאם להסכם זה מותנה בביטוח העובד.

- 3.6. יובהר כי גריעת מבטוח מרשימת המבטוחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות של בעל הפוליסה של שם מהרשימה, לא תשלול את זכאות אותו מבטוח ועד חודשיים מתאריך הזכאות של המבטוח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר תצהיר של בעל הפוליסה המאשר את האמור לעיל.
- 3.7. נשאל המבטוח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותי מסוים, יגלה המבטוח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבטוח על מצב רפואי קודם ולא גילה למבטוח על מצבו, יחולו על הביטוח כללי הפרת חובת הגילוי שעל פי הוראות הדין.
- 3.8. הודיע המבטוח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו, והמבטוח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג של הוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטוח וסייג מצב רפואי קודם לא יחול. סעיף זה יחול על מבטוחים אשר צורפו לביטוח לאחר מילוי הצהרת בריאות.
- 3.9. על אף האמור לעיל, עובדים של בעל הפוליסה ו/או בני משפחותיהם אשר ערב הצטרפותם לביטוח על פי הסכם זה היה ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קבוצתי אחר, יהיו רשאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה, בכל הנוגע לפרקי כיסוי חופפים ובכפוף להצגת הפוליסה הקודמת ואישור תשלום הפרמיה בששת החודשים אחרונים או צילום מסך מ"הר הביטוח" המעיד על תשלום הפרמיה בששת החודשים אחרונים. תאריך ההצטרפות לעניין חריג מצב רפואי קודם, יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם, הפרטי או הקבוצתי בהתאמה, בכל הנוגע לפרקי הכיסוי החופפים ולא תחול תקופת אכשרה, במידה וקיימת בהסכם, על פרקי הכיסוי החופפים. במידה ובביטוח הקיים שלהם ישנן חחרגות רפואיות, הן תתבטלנה בתום שנה ממועד ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. יובהר כי המבטוח לא יכסה מקרה ביטוח שאירע למבטוח לפני הצטרפותו לפוליסה זו, אלא אם צוין אחרת וכן כי מתן הרצף יהא בכפוף לקבלת הבקשה להצטרפות בתקופה בה מתאפשר צירוף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות.
- 3.10. מבטוח שהוא עמית בתכנית שב"ן יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").
- 3.11. מועמדים לביטוח שמבקשים להצטרף שלא במסגרת חלון ההצטרפות ונדרשים למלא טופס הצטרפות + הצהרת בריאות ושולמו למבטוח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטוח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטוח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטוח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, וישלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבטוח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלח המבטוח תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטוח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות במבטוח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, היה המבטוח מודיע למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

3.12. צירוף מבטוח – בהתאם לסעיף 4 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

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

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

(ב) סעיף (א) לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל המבטחת או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

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

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

(3) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

3.13. חובת הגילוי

3.15.1 (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה ככוונת מרמה מצד המבוטח של שידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

3.15.2 (א) אם ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, בתוך 30 ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא אירע מקרה הביטוח, לבטל את הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ולאו למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את הביטוח מכוח סעיף זה, זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח ככוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח בטרם נתבטל הביטוח מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו, לבין דמי הביטוח המוסכמים. למרות האמור לעיל יהיה המבטח פטור מכל מחויבות בכל אחד מהמקרים האלה:

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

(2) מבטח סביר לא היה מתקשר בביטוח כזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה כזה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

3.15.3 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 3.15.2. לעיל בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

א. הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה, או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה;

ב. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

4. תוקף הביטוח, התחלתו והפסקתו לגבי המבוטחים

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

רובד מלא:

(א) עובד מבוטח קיים - יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

(ב) עובד / חבר חדש ובני משפחתו - היום בו מילא העובד טופס הצטרפות / החל את עבודתו אצל בעל הפוליסה ו/או נרשם בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה

(ג) אלטרנטיבית - הראשון (1) לחודש בו הוגשה בקשת ההצטרפות ובתנאי כי הבקשה מולאה עד ה-15 לאותו החודש (כולל). במקרה בו בקשת ההצטרפות מולאה לאחר ה-16 לחודש (כולל), תאריך תחילת הביטוח יהיה הראשון (1) לחודש העוקב.

(ד) עובד ו/או בן משפחה שנדרש במילוי הצהרת בריאות - במועד בו ניתן אישור המבטח בכתב לצירופו.

4.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:

(א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.

(ב) בתום תקופת הסכם הביטוח.

(ג) במקרה של ביטול הפוליסה ע"י מבוטח בכתב, במידה והביטול יתקבל עד ה-15 לחודש, הביטול יבוצע רטר' לתחילת החודש, קבלת בקשת ביטול לאחר ה-15 לחודש, הביטול יבוצע ב-1 לחודש העוקב.

גירושין של המבוטח/ת מבן/בת הזוג שהינו עובד של בעל הפוליסה. פטירה חו"ח של המבוטח.

(ד) במידה והעובד/ת מבוטח/ת נפטר/ה, ימשיכו בני משפחתו המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות אמצעי גביה אישי.

(ה) ביטול על ידי המבטחת: המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.

5. ביטוח בעת חל"ת / חל"ד

עובד ובני משפחתו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא

העובד בחופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים תשי"ד 1954 ו/או בחל"ת של העובד והם זכאים לבחור אחת משתי החלופות שלהלן:
חלופה א': לשלם באמצעי גבייה אישי דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 50% מדמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה עבורו ואז לא יהיו זכאים לכיסוי ביטוחי בתקופת החל"ת/חל"ד. עם שובו של המבוטח מהחל"ד/חל"ת יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, או תקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיוודע לחברת הביטוח על שובו לביטוח לא יאוחר מ 90 יום ממועד סיום החל"ד/חל"ת, והוסדר תשלום דמי הביטוח המלאים החל ממועד חזרתו להסכם ביטוח זה.

חלופה ב': להמשיך ולשלם את דמי הביטוח החודשיים הקבועים בהסכם ביטוח זה ואז בזמן שהותו של המבוטח בחל"ד/חל"ת יהא זכאי לכל הכיסויים המפורטים בהסכם ביטוח זה.

6. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות)

6.1. במקרה בו הופסקה הפוליסה, כולה או בחלקה, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח או אצל מבטח אחר, או במקרה שבו הפסיק המבוטח להיות זכאי לביטוח במסגרת הסכם זה, לרבות בגלל פיטורין, עזיבת עבודה, גירושין, או פרישה לגמלאות, יוכל המבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות בעלת כיסויים דומים (אך לא בהכרח זהים) הקיימות אצל המבטח באותה העת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר למבוטחים בני אותו הגיל. ההצטרפות לפוליסה הפרטית תהיה ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין פרקי כיסוי חופפים) ובהנחה בשיעור 10% לתקופה של 10 שנים מתעריפי הפוליסה הפרטית שיהיו בתוקף באותו זמן אצל המבטח. מובהר שמבטח ראשי לבחור לעבור לפוליסה פרטית עם כיסויים פחותים מאלה שהיו בפוליסה הקבוצתית.

6.2. כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה או לביטוח הקודם - המוקדם מבניהם, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.

6.3. על המבטח מוטלת החובה להודיע למבוטח בכתב עד 60 יום אחרי מועד סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.

6.4. המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 90 יום ממועד סיום הביטוח.

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

6.6. היה והמבוטח עבר חיתום רפואי בעת כניסתו להסכם זה או בעת כניסתו להסכם הקודם והוטלו עליו החרגות, והיה והחרגות אלה לא בוטלו תחת אחד או יותר מסעיפי הסכם הביטוח ו/או הפוליסה, יחולו החרגות אלה גם על הכיסויים החופפים בפוליסת הפרט.

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

6.8. על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה. יובהר שהאמור אינו גורע מזכות המבטח לבטל את הסכם הביטוח בהתאם לעילות המופיעות בחוק.

7. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבוטח

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

מסלול ניתוחים משלים שב"ן	מסלול ניתוחים מהשקל הראשון	
166.50 ₪	185.00 ₪	עובד
216.00 ₪	240.00 ₪	בן/בת זוג; ילד בוגר (מעל גיל 25)
63.00 ₪	70.00 ₪	ילד (עד גיל 25)

*ילד חמישי ואילך חינם.

**גיל כניסה מקסימאלי לפוליסה - 69, למעט מי שהיה מבוטח בביטוח פרטי/קולקטיב ועובר ברצף.

***גורם משלם ואופן התשלום: עובד - הפרמיה במימון המעסיק ובמרוכז, למעט גילום מס. בני המשפחה - במימון העובד דרך תלוש השכר.

7.2 דמי הביטוח (שאינם נגבים בגבייה אישית), ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבוטח במרוכז, על בסיס חודשי, וזאת עד ה - 30 בכל חודש בגין החודש הקודם.

7.3 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי וישתנו מדי חודש בהתאם לשינוי במדד.

7.4 לא שולמה פרמיה במועדה על ידי מי מהמבוטחים שהגבייה בגינם היא ישירות מהמבוטח, תהא החברה זכאית לבטל את הפוליסה למבוטח זה בכפיפות להוראות חוק הביטוח

7.5 סעיף "פיגורים בתשלומים" על ידי בעל הפוליסה

7.5.1 לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו תוך 15 יום לאחר שהמבוטח דרש מבעל הפוליסה, יהיה רשאי המבוטח להודיע לבעל הפוליסה במכתב רשום עם אישור מסירה כי ההסכם יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

7.5.2 לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 12.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום ממועד הביטול, משלוח מכתב רשום עם אישור מסירה, לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור. הביטוח יחודש ביום בו יפרעו כל הפיגורים. המבוטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

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

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

7.6.1 לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

7.6.2 לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

7.6.3 למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

- 7.6.4 במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- 7.6.5 במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

7.7 התאמת דמי הביטוח

- 7.7.1 מדי 24 חודשים מיום תחילת הסכם הביטוח, המבטח יהא רשאי להתאים את הפרמיה במטרה לאזן את הפוליסה ביתרת תקופת הביטוח, וזאת בהתאם לבדיקה של נתוני תיק הביטוח.
- בדיקת הצורך בהתאמת דמי הביטוח וקביעת שיעור ההפסד/רווח תבוצע על פי הנוסחה שלהלן: פרמיה ברוטו: הפרמיה המשולמת על ידי בעל הפוליסה והמבוטחים. הפרמיה לחישוב: פרמיה ברוטו בניכוי הוצאות (20% איילון + עמלת סוכן). תביעות משולמות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה ושולמו בפועל במהלך תקופת הבדיקה. תביעות תלויות: תביעות שאירעו בתקופת הבדיקה וטרם שולמו או תביעות ששולמו בחלקם. IBNR: עתודות לתביעות שטרם שולמו רווח/הפסד: הפער בין הפרמיה לחישוב לבין התביעות המשולמות, התביעות התלויות IBNR. **יובהר כי התאמת הפרמיה תתייחס רק לתקופת הפוליסה החדשה, קרי החל מ 1.4.2026 ולא יילקחו בחשבון הפסדי עבר.**
- 7.7.2 במידה וימצא הפסד, רשאי המבטח להעלות את הפרמיה על פי אחוז ההפסד. כאלטרנטיבה להעלאת פרמיה ו/או בנוסף להעלאת פרמיה חלקית בלבד, הצדדים רשאים לשלם, להוסיף ו/או להפחית את הכיסויים בהסכם הביטוח ו/או בפוליסה.
- 7.7.3 במידה והצדדים לא הגיעו להסכמות, בעל הפוליסה יהיה רשאי להביא הסכם זה לידי סיום בהודעה מוקדמת בכתב של 90 יום למבטח ובלבד שהביטוח הקבוצתי הקיים יעבור למבטח אחר.

8. תגמולי ביטוח

- 8.1 המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלם למבוטח כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות ו/או החשבוניות, גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.2 בכפוף לאמור לעיל, המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.
- 8.3 במידה ומקרה הביטוח אושר ע"י המבטח והטיפול אמור להיות מבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם, המבטח יישא וייתן עם נותן השירות כאמור, לשם הסדרת התשלומים עמו במישרין. לא הגיעו הצדדים להבנה, יעניק המבטח למבוטח המעוניין בכך מקדמה לתקופת ביניים, בכדי לממן את הטיפול ולאפשר קבלתו במועד, הכל בכפוף לתקרת חבות המבטח על פי כל פרק מפרקי הפוליסה. במעמד מתן המקדמה כאמור, יחתום המבוטח על הסכם עם המבטח המסדיר את סילוק המקדמה עם קבלת תגמולי הביטוח מהמבטח.
- 8.4 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל או במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות. המבוטח יהא רשאי להגיש העתק של הקבלות גם באופן דיגיטלי, כולל בדואר אלקטרוני, במסרון ו/או בחשבון האישי המקוון של המבוטח אצל המבטח.
- 8.5 תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה

(העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק ישראל ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.

- 8.6 נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השירות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.
- 8.7 המבטח יודיע למבוטח בתוך 14 ימי עבודה על מסמכים חסרים הנדרשים לטיפול בתביעתו. אישור (או דחיה) של התביעה יעשה תוך 30 יום מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור או דחיה של התביעה. יודגש, שבמקרים בהם מדובר בפרוצדורות עתידיות, שטרם בוצעו, האישור (או הדחיה) יינתן על פי הצורך הרפואי.

9. צירוף מבטח

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

לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה והמבוטח נתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי. לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

10. מצב רפואי קודם

10.1 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 ההצטרפות 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.

10.2 חריג מצב רפואי קודם:

לא יכוסה מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: מערכת נסיבות רפואיות אשר אובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

10.3 תחולת חריג מצב רפואי קודם:

לא הוחרג מצב רפואי קודם בדף פרטי הביטוח של מבוטח מסוים יהיה סייג בשל מצב רפואי קודם, מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח, כדלקמן:

א. למבוטח שגילו בעת הצטרפותו לביטוח פחות מ-65 שנים - שנה ממועד הצטרפותו לביטוח.

ב. למבוטח שגילו במועד הצטרפותו לביטוח הינו 65 שנים או יותר - 6 חודשים ממועד הצטרפותו לביטוח.

יובהר, כי לגבי הכיסויים והסכומים החופפים שבביטוח הקבוצתי הקודם שתוקפו פג במועד תחילת תקופת ההסכם הראשונה לבין פוליסה זו, לא יחול חריג מצב רפואי קודם על מבוטחים שעברו ברצף לפוליסה זו ובוטחו בה ממועד תחילת תקופת ההסכם הראשונה ועד למועד קרות מקרה הביטוח הנתבע.

10.4 על אף האמור לעיל, אם נשאל המבוטח בעת קבלתו לביטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאותו טרם הצטרפותו לביטוח, יגלה המבוטח בהצהרה זו את אשר נשאל. נשאל המבוטח על מצב בריאותו ולא גילה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

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

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

11. תחלוף (סברוגציה)

- 11.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח 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 המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות על פי חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.
- 11.2. במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 11.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

12. ביטוח כפל

"המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח על לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר). ובלבד שתגמולי הביטוח שקיבל המבוטח במסגרת פוליסה זו לא יעלו על עלות ההוצאה בפועל שהוציא המבוטח.

13. תביעות

- 13.1. אלא אם נקבע אחרת, המבוטח ימסור למבטח הודעה על מקרה הביטוח בזמן סביר. להודעה יצרף המבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית, אשר ישמש את המבטח לצורך קבלת מידע, ככול שהדבר נדרש. מובהר כמו כן, שתביעה שאושרה בתקופת הביטוח, תמשיך להיות משולמת גם בתום תקופת הביטוח ועד לגבולות האחריות בפרק הרלוונטי.
- 13.2. המבוטח יעביר למבטח טופס תביעה, לרבות מסמכים רפואיים ואם היו תשלומים אז קבלות ו/או חשבוניות, המתייחסים לתביעתו והדרושים לשם בירור חבותו של המבטח ושאותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר, אלא אם נקבע אחרת.
- 13.3. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופאים ו/או אחים/יות מטעם המבטח על חשבון המבטח. הבדיקה תבוצע בתאום עם המבוטח מראש ותתקיים בשעה סבירה ובמיקום המרוחק במרחק סביר ממקום מגוריו של המבוטח. מובהר כי אין באמור בסעיף זה כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.
- 13.4. יובהר שבמידה והמבוטח תבע ראשית את קופת החולים ו/או השב"ן, ההחזר מהמבטח יהא עד תקרת הכיסוי, ללא תשלום ההשתתפות העצמית הנקובה בכיסוי, ככול שישנה.
- 13.5. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל, אישר המבטח ביצוע השתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל, ייתן המבטח למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה ו/או הטיפול ו/או הניתוח המיוחד בחו"ל.

14. התיישנות תביעות

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

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

קבוצתי

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

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

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

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

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

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

15.4 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזר שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

15.5 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 3.14 או סעיף 6.5, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 3.14; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

15.5.1 חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

15.5.2 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר

סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

15.5.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

15.5.4 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 למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

16 ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.14, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.14 או סעיף 6.5, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 3.14 לעניין סעיף זה "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

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

17 תנאי הצמדה למדד

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

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

17.2.2 "המדד היסודי" - מדד 14275.

- 17.2.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
 17.3 כל תשלומי המבטח וההשתתפות העצמית על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
 17.4 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה והמבוטחים לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

18 קיומן של הוראות והנחיות הצבא בגין מקרה ביטוח שארע בעת השירות הצבאי

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

19 גבול אחריות המבטח ומקום השיפוט וברירת דין

- 19.1 פוליסה זו מקנה כיסוי לשירותים רפואיים בישראל על פי הוראותיה, למעט כאמור בפרק א' ופרק ג' – על פי הוראות פרקים אלו.
 19.2 על כל המחלוקות הנובעות מפוליסה זו, יחולו חוקי מדינת ישראל, ומקום השיפוט יהיה אך ורק בבית המשפט המוסמך בישראל, והדין החל הינו דין מדינת ישראל בלבד.

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

1. הגדרות

- 1.1. **"השתלה"** - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:
 - 1.1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח.
 - 1.1.2. השתלה תכולת גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
 - 1.1.3. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.
 - 1.1.4. השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.
- 1.2. **"טיפול חלופי בישראל"** - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.
- 1.3. **"טיפול מיוחד מחוץ לישראל"** - טיפול רפואי מחוץ לישראל, לרבות ניתוח שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים הבאים לפחות:
 - 1.3.1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל
 - 1.3.2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו
 - 1.3.3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
 - 1.3.4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל
 - 1.3.5. 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.
 - 1.3.6. הטיפול המיוחד דרוש למניעת הסיכון לנכות צמיתה בשיעור העולה על 50%.
- 1.4. **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות
- 1.5. **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתוכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תוכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

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

3 הכיסוי הביטוחי

הפוליסה תכלול כיסוי לפי המפורט להלן:

- 3.1 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.3.
- 3.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטחת - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.2 וכן פיצוי עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 4.3 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:
 - להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.1 עד 5,250,000 ₪.
 - להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.2 עד 3,000,000 ₪.
 - להשתלה כהגדרתה בחלופה 1.1.3 עד 150,000 ₪.
- 3.3 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2 - 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7.
- 3.4 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיפים 4.1.2 - 4.1.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיפים 4.2.2 - 4.2.7 ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

4 ההוצאות המכוסות

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

- 4.2.2. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪.
- 4.2.3. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪,
- 4.2.4. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; על אף האמור, אם המבטחת תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.
- 4.2.5. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הינו קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.
- 4.2.6. הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 350,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה ועד 175,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
- 4.2.7. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.
- 4.3. בנוסף המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגין ההוצאות המפורטות להלן אך לא יותר מהתקרות המופיעות לגבי כל סכום ובכפוף לתקרות האמורות לעיל בסעיף 3:**
- 4.3.1. קצבה חודשית למועמד להשתלה - אשר בשל מצבו הרפואי מרתק למיטתו - 4,500 ש"ח; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 4.3.2. גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה - למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ש"ח למשך תקופה של 24 חודשים.

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

במקרה של השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים התשס"ח-2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, ללא השתתפות המבטחת - יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך 400,000 ₪.

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

נדרש המבוטח לבצע טיפול ניסיוני בחו"ל על רקע מחלת סרטן, לרבות סרטני דם למיניהם או מחלה אוטואימונית ממנה הוא סובל, והטיפול ממומן על ידי גורם שלישי - (להלן: "מבצע הניסוי"), ולניסוי ניתנו כל האישורים הרגולטוריים הנדרשים במדינה בה הוא מבוצע, תשתתף המבטחת במימון הוצאות הניסוי והשהיה והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי בחו"ל כדלקמן:

- 6.1. עלות איתור מוסד רפואי בו מבוצע ניסוי העשוי להתאים לצורכי המבוטח, מקום הניסוי, והבדיקות הרפואיות הנלוות שלא מכוסות על ידי מבצע הניסוי עד סכום של 30,000 ₪ לבעיה רפואית/טיפול
- 6.2. הוצאות נסיעה לחו"ל לצורך ביצוע הטיפול, עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ומלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, וזאת עד לסכום של 50,000 ₪ למבוטח ומלווה אחד. נדרש המבוטח מסיבות רפואיות לטיסה במחלקת עסקים תוכפל התקרה האמורה בסעיף זה.

6.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך הטיפול למבוטח ולמלווה אחד, במקרה והמבוטח קטין-שני מלווים, עד 60 יום, וזאת עד לסך של 800 ₪ ליום למלווה ועד 1,000 ₪ לשני מלווים.

7. חריגים

פרק זה לא יכסה את המקרים הבאים:

- 6.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה
- 6.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי
- 6.3 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי
- 6.4 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004;
- 6.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה: "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה;
- 6.7 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 יום לפחות) מחוץ למדינת ישראל;
- 6.8 טיפולי רפואה משלימה;
- 6.9 טיפולים נפשיים;
- 6.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל -
 - 6.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של הריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 6.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

7. תקופת אכשרה

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

פרק ב - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

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

1. פרסומי ה-FDA;
 2. American Hospital Formulary Service Drug Information;
 3. US Pharmacopoeia - Drug Information;
 4. Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:
 - א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;
 - ב. חוזק הראיות (Strength of Evidence) - נמצאת בקטגוריה A או B
 - ג. יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa.
 5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines המפרסם אחד מאלה לפחות:
 - א. NCCN;
 - ב. ASCO;
 - ג. NICE;
 - ד. Esmo Minimal Recommendation.
- 1.13 "הרשות המוסמכת" - הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משווקת התרופה; .
- 1.14 "המחיר המרבי המאושר לתרופה" - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

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

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1 בקורת מקרה ביטוח תשפה החברה את המבוטח בגין עלות טיפול תרופתי, כאשר סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לתרופה. 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) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל. במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה על-פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.
- 3.2 פוליסת תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות תכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש אחת לשנתיים במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
- 3.2.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪.
- 3.2.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.
- 3.2.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1 אם נטילת תרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- 3.2.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

4. השתתפות עצמית

- 4.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בגין מקרי ביטוח המפורטים בסעיפים 2.1.1 - 2.1.4 הינו 200 ש"ח לתרופה, לאותו חודש.
- 4.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 הינו 500 ש"ח לתרופה, לאותו חודש.
- 4.3 על אף האמור בסעיפים 4.1 - 4.2 לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.

5. חריגים

פרק זה אינו מכסה את המקרים הבאים ואת התרופות הבאות:

- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 טיפול תרופתי הניתן מסיבות של היריון, לידה, פוריות, עקרות, אין אונות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
- 5.5 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם) התשס"ד – 2004.
- 5.7 תרופה ניסיונית.
- 5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות קוסמטיקה או אסתטיקה.
- 5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.
- 5.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (AIDS) למעט עבור מבוטחים שהינם נשאים או חולים.
- 5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

- 5.12 שתל, אביזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אביזר מצופה תרופה.
- 5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.14 קנבוס – כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש], התש"ל 1973 יובהר כי החרג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, שמכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6 תום תקופת הביטוח

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

7 תקופת אכשרה

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

פרק ג - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

1.	הגדרות
1.1	"התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו;
1.2	"טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף;
1.3	"ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול;
1.4	"ניתוח מורכב" - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות;
1.5	"רופא מומחה" - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
1.6	"רופא מומחה בישראל" - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
1.7	"שתל" - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי
1.8	"תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה בעבור כל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
2.	מקרה הביטוח
2.1	מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, המחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל, ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח.
2.2	לעניין זה, ביצוע טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יידקק המבוטח לטיפול נוסף.
3.	חבות המבטח עבור ביצוע ניתוח מחוץ לישראל
	בקורת מקרה הביטוח תשלם החברה ישירות לספק השרות או תשפה את המבוטח עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח כמפורט להלן:
3.1	עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה – כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן בסעיף 5.1, שיפוי מוגבל עבור ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 ובסעיף 6 ופיצוי כאמור בסעיף 7.
3.2	עבור ניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה - כיסוי מלא עבור ההוצאות המפורטות להלן בסעיף 5.1, שיפוי מוגבל עבור

ההוצאות המפורטות בסעיף 5.2 ובסעיף 6 ופיצוי כאמור בסעיף 7 ובלבד שסכום הכיסוי המירבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל. לעניין זה "עלות הניתוח בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של החברה לאותו הניתוח בישראל. במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של החברה, תחושב עלות הניתוח בהתאם לעלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

4. חבות המבטח עבור ביצוע טיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל

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

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

5. הוצאות המכוסות

5.1 להלן פירוט ההוצאות שעלותן תכוסה במלואה (בכפוף לאמור בסעיפים 3-4):

- 5.1.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל
- 5.1.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 5.1.3 עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.

5.1.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב:

- 5.1.4.1 כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה. במקרה שהמבוטח קטין - כיסוי מלא במחלקת תיירים למבוטח ולשני מלווים.
- 5.1.4.2 הוצאות נסיעה יבשתיות בגין ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
- 5.1.5 הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.

5.2 להלן פירוט ההוצאות שעלותם תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן (בכפוף לאמור בסעיף 3):

- 5.2.1 הוצאות שתי התייעצויות עם רופא מומחה בישראל בקשר לניתוח עד לסך של 1,200 ₪ לכל התייעצות.
- 5.2.2 הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.
- 5.2.3 הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.
- 5.2.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה

שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות – עד 200,000 ₪.

5.2.5 הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח – עד 60,000 ₪.

6. הוצאות נוספות בגין ניתוח מורכב

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

7. פיצוי בגין פטירת המבוטח

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

8. תקופת אכשרה

90 ימים, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

9. חריגים

- לא יהיה כיסוי והחברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:
- 9.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 9.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
 - 9.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
 - 9.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 9.5 מקרה ביטוח שארע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 יום לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
 - 9.6 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לענין מצב רפואי קודם) התשס"ד – 2004.
 - 9.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של הריון, לידה, עקרות פוריות, עיקור מרצון והפלה.

- 9.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה למעט הניתוחים הבאים:
א. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;
ב. ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
9.9 טיפולי רפואה משלימה.
9.10 טיפולים נפשיים.
9.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
9.12 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות נסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומם לביצועם. לענין זה "ועדת הלסינקי עליונה" – "הועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א – 1980.
9.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות ופעולות הדמיה כגון CT ו-MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

פרק ד - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל כיסוי מהשקל הראשון (אחידה)

1. הגדרות

1.1. "בית חולים פרטי" – אחד מאלה:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. מקרה ביטוח

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

3. הכיסוי הביטוחי

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

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

3.2. שכר מנתח.

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

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

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

4. חריגים

פרק זה מחריג את המקרים הבאים:

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

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

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

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

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

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

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

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

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

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

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

5. תקופת אכשרה

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

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

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

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

1.	הגדרות
1.1	"בית חולים פרטי" – אחד מאלה: (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013. (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום. 1.2 "התייעצות" - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו; 1.3 "טיפול מחליף ניתוח" - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף; 1.4 "מרפאה כירורגית פרטית" - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות. 1.5 "ניתוח" - פעולה פולשנית-חדירתית החוזרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול. 1.6 "קופת חולים" - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994. 1.7 "רופא מומחה" - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות. 1.8 "שתל" - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי; 1.9 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
2.	מקרה הביטוח
ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח, לאחר מיצוי הזכאות עם השב"ן.	
3.	הכיסוי הביטוחי
3.1	תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).
3.2	לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, ישלים המבטח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן ובהתאם למפורט בסעיף 4.1 להלן.
3.3	קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

- 3.4 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסעיף 2.3 להלן.
- 3.5 במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר בתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.
- 3.6 המבטח יכסה את ההוצאות הבאות, לאחר המיציג עם השב"ן כאמור בסעיף 3.1-3.5:**
- 3.6.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח; לעניין זה יובהר כי התייעצות תכנסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.6.2 בהתייעצות שבוצעה שלא באמצעות נותן שירות בהסדר או במקרה בו התשלום לנותן השירות בוצע באופן ישיר על ידי המבוטח, יהא המבוטח זכאי להחזר עד לסכום ביטוח מירבי שלא יעלה על 1,500 ₪ להתייעצות.
- 3.6.3 הוצאות שכר מנתח;
- 3.6.4 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית; במקרה של נותן שירות שבהסדר עם המבטח במועד הניתוח, כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.6.5 במקרה של נותן שירות שאינו בהסדר, הכיסוי על פי סעיפים 2.3.2 ו-2.3.3 יכלול שכר מנתח ואת מלוא ההוצאות כאמור בסעיף 2.3.3.1 לעיל, עד הסכום שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר, כמפורט באתר האינטרנט של המבטח.
- 3.6.6 הוצאות טיפול מחליף ניתוח. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוחו, אם לאחר הטיפול המחליף ניתוח יזדקק המבוטח לניתוח.

4. מעבר לפוליסת המשך

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

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

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

1. חריגים כלליים

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

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

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

2.2. **"ניתוח גדול"** - כל ניתוח לאחריו המבוטח היה מאושפז במשך 5 ימים רצופים.

2.3. "בדיקות ושירותים להריון" -

- א. בדיקת חלבון עוברי.
- ב. בדיקת שקיפות עורפית.
- ג. סריקה על קולית מאוחרת (מורחבת) לסקירת מערכות העובר, סריקה מוקדמת
- ד. בדיקת מי שפיר (או בדיקה אחרת שמטרתה זהה או דומה לבדיקת מי שפיר) או בדיקת סיסיליה לרבות צ'יפ גנטי.
- ה. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
- ו. בדיקת אקו לב של העובר.
- ז. בדיקת דם אימהית לזיהוי מומים כרומוזומליים בעובר, כגון NIPT לסוגיה, בדיקת VERIFI.
- ח. כל בדיקה אחרת הנדרשת למבוטחת במהלך ההריון, בכפוף להפניית רופא מומחה.

ט. התייעצויות המבוטחת עם רופא מומחה לפני, במהלך ו/או לאחר ההריון.

י. **"בדיקות לסיקור גנטי להורה/ים לפני ו/או במהלך הריון"**: כגון סיקור גילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, בין בדיקות הקיימות כיום ובין שתהיינה בעתיד לרבות: גושה, חרשות, טייזקס, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, תסמונת בלום וקנון, וכל בדיקה גנטית אחרת המיועדת לאיתור נשאות.

2.4. **"מוסד החלמה"**: מוסד אשר ערוך לשהייה של חולים לאחר ניתוח ונמצא בפקיח רפואי ומוכר ע"י משרד הבריאות.

2.5. **"פיזיותרפיה/הידרותרפיה"**: טיפול אשר ניתן על ידי אדם בעל תעודת הסמכה של הרשויות המוסמכות לבצוע טיפול פיזיותרפי ו/או הידרותרפי.

2.6. **"הספק" או "ספק השירות"**: כל גורם, כפי שתקבע החברה לצורך מתן השירותים על פי פוליסה זו.

2.7. **"שנת ביטוח"**: תקופה של 12 חודשים. התקופה הראשונה מתחילה במועד הקובע

2.8. **"המועד הקובע"**: מועד כניסתה לתוקף של הפוליסה, כפי שהוא מופיע בדף פרטי הביטוח.

3. מקרה הביטוח

המבטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לשירותים הרפואיים אשר יפורטו להלן, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי במהלך תקופת הביטוח.

4. תנאים מוקדמים להתחייבות המבטח

קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה באישור מוקדם של המבטח.

4.1. **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"**: המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 85% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות CT, בדיקות הדמיה U.S.

אולטראסאונד ובדיקת PET - עד תקרת סכום של 5,000 ₪ לשנה, ובגין בדיקת MRI עד תקרת סכום של 6,000 ₪ בשנה, בדיקות הדמיה אחרות, בדיקות מעבדה, צילומי רנטגן, קולונסקופיה וירטואלית, קפסולה למעיים, וכל בדיקה אבחונית אחרת הנדרשת על-פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון בעיה רפואית או חשד לבעיה רפואית ו/או הזדקקותו של המבוטח לאחת הבדיקות לרפואה מונעת, למעקב או לקביעת דרכי טיפול.

4.2 **התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח:** התייעצות רפואית עם רופא מומחה לאבחון ו/או טיפול בגין מחלה אשר בתחום מומחיותו. למען הסר ספק, התייעצות רפואית עם רופא מומחה לא תכלול את רופא המשפחה ו/או רופא הילדים המטפל במבוטח. המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות בשנת ביטוח ללא קשר לניתוח ועד 1200 ₪ להתייעצות

4.3 **בדיקות לרפואה מונעת למבוטח מעל גיל 50:** השתתפות בהוצאות לבדיקות כגון: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות עצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני. עד 280 ₪ לבדיקה ואחת ל-3 שנים (לכל בדיקה) **ובתנאי כי קיימת הצדקה רפואית.** השתתפות עצמית מטעם המבוטח של 20% לכל בדיקה

4.4 **בדיקות ושירותים להריון:** המבוטח ישפה את המבוטחת ההרה בשיעור 80% מההוצאות שהוציאה בפועל בגין בדיקות ושירותים להריון כמוגדר בסעיף 2.3 לעיל שנעשו ע"י המבוטחת ההרה ו/או בן הזוג להורות ועד 5,000 ₪ להריון הכיסוי **ייתן להריון אחד בלבד בשנת ביטוח וכנגד קבלות מקריות.** תחול תקופת אכשרה לבדיקות הריון בת 120 יום.

4.5 **טיפול פיזיותרפיה והידרותפיה אמבולטוריים** (ללא קשר לניתוח): המבוטח ישלם למבוטח 80% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפול פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה ועד 2400 ₪ למשך כל שנת ביטוח אחת. יכוסו עד 12 טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה (או שילוב של השניים) בשנת ביטוח אחת **ובלבד שהטיפול הומלץ ע"י רופא אורתופד מומחה**

4.6 **אביזרים רפואיים:** המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות עבור האביזרים הרפואיים הבאים: פאה לחולה אונקולוגי/סכרתי, סד גבס קל, מדרסים, ומשאבת אינסולין, ע"פ המלצת רופא מומחה בתחום. ההחזר הינו עד הסכום 1,000 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

"אביזר רפואי" - מכשיר או אביזר שיש לו אישור אמ"ר (קרי אישור של היחידה לרישום אביזרים ומכשור רפואי הכפופה למנהל הרפואי של משרד הבריאות בישראל) ושניתן למבוטח על פי הוראת רופא מומחה, להקלה על סימפטומים רפואיים או טיפול במחלה או מצב רפואי או נכות, או משמש ככלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.

4.7 **בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות:** הנעשות על רקמת ביולוגית שמטרתן בין היתר: אבחון מחלה לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סוג הטיפול ו/או כדאיות הטיפול, ו/או המינון ו/או שינוי בטיפול. בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת גן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה שחלה באותה המחלה, כולל בדיקות גנטיות בקרוב המשפחה לאבחון ו/או מניעה מחלה אצל המבוטח - שיפוי עד 30,000 ₪ לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 15% **ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על-פי הפניית רופא מומחה בכתב. לא יאושרו תחת סעיף זה בדיקות מי שפיר או בדיקה המחליפה בדיקת מי שפיר.**

4.8 **כיסוי לחוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית:** המבוטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות, ציטולוגיות, הסטולוגיות או בדיקות גנטיות של הרקמה הפתולוגית 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 מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח שהינו עד 4500 ₪ לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%, **ובלבד שחוות הדעת ניתנת על-ידי רופא מומחה בתחום.**

4.9 **שכר אח/ות לאחר ניתוח :** ישולם סכום שלא יעלה על תקרת הסכום 600 ₪ ליום ועד ל- 14 ימי אשפוז בגין ניתוח.

4.10 **פיצויטרפיה בעת אשפוז:** טיפולי פיצויטרפיה המבוצעים במהלך האשפוז שלאחר הניתוח – שיפוי מלא.

4.11 **אובדן כושר תפקוד מוחלט כתוצאה מניתוח** (למבוטח מעל גיל 21 ולא יותר מגיל 70 וכן עובדים פעילים גם אם גילם מעבר ל-70): המבטח ישלם למבוטח, במקרה של אובדן כושר תפקודי זמני או קבוע, שנגרם כתוצאה מניתוח, ובגינו המבוטח, על פי קביעת רופא מומחה מטעמו, אינו יכול לעבוד בעבודה בה עבד עד סמוך למועד ביצוע הניתוח, פיצוי חודשי בסך 3,228 ש"ח, לאחר 30 ימי המתנה ולתקופה מרבית בת 12 חודשים. **למען הסר ספק, לא יכוסה במסגרת כיסוי זה אובדן כושר עבודה שסיבתו אינה ביצוע הניתוח עצמו, אלא המחלה ו/או התאונה אשר בגינם בוצע הניתוח.**

4.12 **תשלום במקרה מוות במהלך ניתוח:** נפטר המבוטח בעת ניתוח או במהלך 30 ימים מהיום בו עבר ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ישלם המבטח ליורשיו של המבוטח על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה פיצוי בסך 100,000 ₪.

4.13 **שהייה במוסד החלמה מוכר בישראל:** בוצע במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה או ניתוח אחר אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב או אירוע רפואי אחר שבגינו אושפז לתקופה העולה על 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבטח בהוצאות ההחלמה ו/או שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 800 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי בעניין.

4.14 **טיפול התעמלות שיקומית:** המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח המכוסה על-פי הסכם זה. המבטח ישפה את המבוטח בשיעור של 80% מהסכום ששולם בפועל ועד לסכום מרבי של 250 ₪ לחודש ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים ממועד ביצוע הניתוח.

4.15 **ייעוצים פסיכולוגיים / פסיכיאטרים:** המבטח ישפה את המבוטח בסכום של 200 ₪ לכל טיפול פסיכולוגי ולא יותר מעלות הטיפול בפועל ועד 12 טיפולים לתקופת הביטוח. **הטיפול ינתן על ידי פסיכולוג קליני או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשוש בפנקס הפסיכולוגים או פסיכיאטר. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה אך ורק כתוצאה מהמקרים המפורטים:** הפרעות אכילה, אלימות במשפחה, פגיעה מינית, מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה, ניתוח גדול שהמבוטח או בן משפחה מקרה ראשונה שהמבוטח חלה בה, מחלה כרונית שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה עבר, או סיעוד שהמבוטח או בן משפחה מדרגה ראשונה של המבוטח חלה בה, תאונת דרכים שהמבוטח עבר, גירויים של המבוטח מבן/ת זוגו, פטורים של המבוטח ממקום עבודתו.

4.16 **טיפולים ברפואה משלימה:**

א. **רשימת הטיפולים המכוסים** (אחד או יותר מהרשימה להלן): אקופונקטורה, רפלקסולוגיה, שיאצו, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, הומיאופתיה, פלדנקרייז, ביו פידבק, נטורופתיה, ייעוץ דיאטטי, שיטת אלכסנדר, טווינא, שיטת פאולה, חדר מלח, רפואה סינית.

ב. מקרה הביטוח: צורך בקבלת אחד או יותר מהטיפולים לעיל.
 ג. סכום ותגמולי הביטוח: המבוטח יהא זכאי לשיפוי של עד 150 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%. הזכאות הינה כנגד המצאת הפניה של רופא מומחה או רופא משפחה לקבלת הטיפול, בה תצוין מהות הבעיה שבגינה נדרש הטיפול. **יובהר כי ההחזר בגין טיפול המכוסה בפרק זה הינו עד תקרת ההחזר המוגדרת בסעיף זה ובלבד שהטיפול ניתן ע"י מטפל שזה תחום עיסוקו ועבר הכשרה בתחום הרלוונטי (למעט הטיפול בחדר מלח).**

4.17 **אבחון בבעיות התפתחות של ילדים**: המבטח ישפה את המבוטח בגין 2 אבחונים לילד מבוטח מגיל 3-18 הנעשה באמצעות מאבחן מוכר ו/או במכון מורשה לאבחון בעיות התפתחות הילד. האבחון כולל בעיות קשב וריכוז, קשיי למידה, עיכוב התפתחותי וכל בעיה אחרת בתחום התפתחות הילד, עד סכום ביטוח של 2,500 ₪ לאבחון בתקופת ביטוח, וכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

4.18 **טיפולים בבעיות התפתחות של ילדים**: המבטח ישפה את המבוטח עבור טיפולים בהתפתחות הילד לילדים מגיל 3-18 שאובחנו ע"י מומחה לנורולוגיה, רופא מומחה להתפתחות הילד, פסיכיאטר ו/או רופא מומחה לרפואת ילדים, בגין בעיות התפתחות, לרבות הפרעת קשב וריכוז, חרדות, הרטבה בילדים ו/או טיפולים בהפרעות אכילה, הטיפול יעשה על ידי רופא, פסיכותרפיסט, מרפא בעיסוק, קלינאי תקשורת, פסיכולוג, וכולל גם טיפול ברכיבה טיפולית, שחיה טיפולית ועד 120 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ועד 16 טיפולים בשנה.

5. תקופת אכשרה

90 יום.

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

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

מה לעשות במקרה של תביעה?

המבטח יעמיד לרשות המבוטחים, מספר טלפון ייעודי 1-700-550-506.

ימים ושעות פעילות: ימים א' - ה' בין השעות 8:00 - 17:00.

ניתן להעביר את המסמכים באמצעות דואר אלקטרוני, באזור האישי המקוון או כמסרון על-ידי שליחת המילה **תביעה** באמצעות סמארטפון (SMS) למספר 050-3015829.

על מנת שנוכל **לטפל בתביעתך בצורה מהירה ויעילה** ובהתאם לתנאי הפוליסה אשר ברשותך, נבקשך ליישם את הכללים הבאים בעת הגשת תביעה:

1. **טופס תביעה - יש למלא טופס תביעה מלא על כל רכיביו ובהתאם לתחום הרלוונטי לתביעה (ניתוח, מחלה קשה, תרופה, אמבולטורי).**

2. **מייל להתכתבות -** במידה וברצונך לקבל עדכונים במייל אנא ציין באופן ברור את כתובת המייל על גבי טופס התביעה.

3. **כרטיס טיפולים / תאריכי טיפול -** יש לצרף הבהרה מנותן שירות לגבי תאריך הטיפול / טיפולים ו/או כרטיס טיפולים.

4. **במקרה של תביעות קטין מתחת לגיל 18 -** במקרה תשלום עבור תביעת הקטין, יש לצרף תצלום המחאה משותף של שני ההורים או לחלופין אישור הורה אחד לתשלום להורה השני.

5. **ניתוחים עתידיים -** יש להעביר למייל mail-briutms@ayalon-ins.co.il. לא נוכל לטפל בתביעות ניתוחים עתידיים אם לא יועברו למייל זה.

6. **יתר התביעות -** יש להעביר למייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il.

7. **בירור סטטוס תביעה -** יש לפנות למוקד השירות בטלפון 1800-35-2001 או למייל mokedbriut@ayalon-ins.co.il וגם באזור האישי באתר המבטח

הבהרה: יש לשמור את כל המסמכים שנשלחים לחברת הביטוח עד סיום הטיפול בתביעה

איילון נאמנים סוכנות לביטוח בע"מ

טלפון: 1-700-550-506

מייל: health.service@neemanim.co.il

אתר: www.neemanim.co.il