

עובד/ת יקר/ה

בתאריך 31.12.2013 חודש ביטוח הבריאות של עובדי
האוניברסיטה הפתוחה לתקופה נוספת.

תקופת הסכם ביטוח הבריאות הינה בתוקף עד 31.12.2028.
תוכנית הביטוח הינה ייחודית וחשיבותה הוכחה בשנים
האחרונות במיוחד.

פירוט הכיסויים, התשלומים וההשתתפות של האו"פ - בהמשך
החוברת.

במקרה הצורך יעמוד לרשותכם צוות מנוסה ויעיל לטיפול
בפנייתכם.

אנו מאחלים לכם ולבני משפחותיכם בריאות ואריכות ימים.

יוסי מאורי
סמנכ"ל משאבי אנוש

תוכן העניינים

עמ'	שם הפרק
5	גילוי נאות 
16	מה עושים במקרה תביעה בתחום הבריאות? 
18	הסכם ביטוח בריאות קבוצתי 
35	נספח להסכם – הצהרת בעל הפוליסה 
36	נספח 1 
77	נספח 2 – עזרה לניתוח 
78	נספח 3 – רשימת גבולות אחריות המבטח 
83	נספח 4 – גמלאים ובני משפחותיהם 

גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על ההסכם ונספחיו

א. כללי

1. שם הפוליסה	האוניברסיטה הפתוחה
2. בעל הפוליסה	האוניברסיטה הפתוחה
3. הכיסויים בפוליסה	<ul style="list-style-type: none">• השתלול וטיפולים מיוחדים בחו"ל – נספח 1 בהסכם פרק ראשון.• ניתוחים פרטיים ושירותים נלווים לניתוח - נספח 1 בהסכם פרק שני .• טיפולים מחליפי ניתוח – נספח 1 בהסכם פרק שלישי .• יעוץ רפואי מיוחד - נספח 1 בהסכם פרק רביעי .• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - נספח 1 בהסכם פרק חמישי .• טיפולי שיניים - נספח 1 בהסכם פרק שישי .• שירותים רפואיים אמבולטוריים – נספח 1 בהסכם פרק שביעי.• שירותים רפואיים ייחודיים (כתב שירות) – נספח 1 בהסכם פרק שמיני .• שירותי רפואה משלימה (כתב שרות) – נספח 1 בהסכם פרק תשיעי.• "לחיות בריא" - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים (כתב שרות) – נספח 1 בהסכם פרק עשירי.• נספח "עזרה לניתוח"- נספח 2 בהסכם.
4. משך תקופת הביטוח	מיום 31.12.2013 או מיום תחילת הביטוח של המבוטח, לפי המאוחר ביניהם, ועד ליום 31.12.2028. למעט הביטוח הסיעודי שתקופתו עד ליום 30.06.2015. בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק הסכם זה, כל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי, מכל סיבה שהיא, ובלא צורך לנמק, ובלבד שתינתן למבטח הודעה מוקדמת בכתב של 90 יום מראש, בהתאם להוראות סעיף 4.2 להסכם. תינתן זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם, בהתאם להוראות סעיף 5.4 להסכם.
5. תנאים לחידוש אוטומטי	אין.
6. תקופת אכשרה	60 יום, למעט מקרים הקשורים להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון, טיפולי הפריה חוץ גופית ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון

שבהם תקופת האכשרה תהיה 270 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.
ביטוח סיעודי – תקופת אכשרה בת 90 יום, למעט בגין מקרה ביטוח הנובע מתאונה.

7. תקופת המתנה

- 60 יום בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוגר בגיל 25-67) - פרק שני- "כיסוי מורחב לניתוחים ושירותים רפואיים נלווים"

8. השתתפות עצמית

- פרק שני - "כיסוי מורחב לניתוחים ושירותים רפואיים נלווים": 20% בגין התייעצויות לפני ואחר ניתוח, 2,000 ₪ בגין ניתוח.
- פרק חמישי – "תרופות": עד 200 ₪ ועד מקסימום 400 ₪.
- פרק שביעי – "שירותים רפואיים אמבולטוריים": 20% בגין התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח, 20% בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, 20% בגין בדיקות הריון, 20% בגין טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים לאחר ניתוח, 25% בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, 25% בגין טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה, 25% בגין בדיקות לגילוי מוקדם של גנים סרטניים, 20% בגין החלמה לאחר אירוע לב, 50% בגין התעמלות שיקומית לאחר ניתוח גדול, 50% בגין מנוי למשדר קרדיולוגי, 25% בגין טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה, 20% בגין אביזרים רפואיים, 20% בגין חוות דעת שנייה בחו"ל, 20% בגין חוות דעת לבדיקה פתולוגית.

ב. שינוי תנאים

9. שינוי תנאים במהלך תקופת ההסכם

בעל הפוליסה יהיה רשאי בתום כל 3 שנים ממועד תחילת הביטוח ביום 31.12.2013 (סה"כ 4 פעמים לאורך תקופת הביטוח) לבצע שינויים ושיפורים בפוליסה בהתאם לשינויים ושיפורים שחלו בתחום הרפואה והביטוח הרפואי בישראל ובעולם, וזאת בהסכמת שני הצדדים, כמפורט בסעיף 4.3 להסכם.

דמי הביטוח החודשיים (ב ש"ח) עד ליום 31.12.2016 הינם כדלקמן:

10. גובה הפרמיה

דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'	מבוטחים
66.5	מבוטח/ת בוגר/ת
106	משפחה חד הורית (הורה וכל ילדיו עד גיל 25)
145	משפחה (שני הורים וכל ילדיהם עד גיל 25)

- ילדי עובדים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת.
- נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
- כל דמי הביטוח המופיעים בטבלה לעיל ממומנים כשני שלישי ע"י העובדים ושליש ע"י בעל הפוליסה.

דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'	מבוטחים
135	גמלאי/ית
135	בן /בת זוג של גמלאי
166	משפחה חד הורית (הורה גמלאי וכל ילדיו עד גיל 25)
280	משפחה (גמלאי, בן/בת הזוג וכל ילדיהם עד גיל 25)

- ילדי גמלאים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת כמפורט בטבלת הפרמיות הראשונה לעיל.
- נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
- לא ניתן לצרף נכדים ללא הוריהם.
- דמי הביטוח ממומנים במלואם על ידי הגמלאים.

דמי הביטוח החודשיים (ב ש"ח) החל מיום 01.01.2017, הינם כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'
מבוטח/ת בוגר/ת	120.20
משפחה חד הורית (הורה וכל ילדיו עד גיל 25)	190.90
משפחה (שני הורים וכל ילדיהם עד גיל 25)	260.59

- ילדי עובדים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת.
- נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'
גמלאי/ית	243.42
בן /בת זוג של גמלאי	243.42
משפחה חד הורית (הורה גמלאי וכל ילדיו עד גיל 25)	98.97
משפחה (גמלאי, בן/בת הזוג וכל ילדיהם עד גיל 25)	504.01

- ילדי גמלאים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת כמפורט בטבלת הפרמיות הראשונה לעיל.
 - נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
 - לא ניתן לצרף נכדים ללא הוריהם.
- דמי הביטוח ממומנים במלואם על ידי הגמלאים.

11. מבנה הפרמיה
הפרמיה קבועה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד. הפרמיה לילדים משתנה כמפורט בסעיף 10 לעיל וצמודה למדד.

12. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

כמפורט בסעיף 8.5 להסכם.

ד. תנאי הביטול

13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	ניתן לבטל בהודעה בכתב למבטח.
14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	אם לא שולמה הפרמיה במועדה יבוטל הביטוח עפ"י הדין וההסכם.

ה. חריגים וסייגים

15. החרגה בגין מצב רפואי קיים	1. כמפורט בסעיף 15 להסכם. 2. סייג לחבות או להיקף הכיסוי שנקבע למבוטח מסוים בדף פרטי החיתום שנקבעו לו.
16. סייגים לחבות המבטח	כמפורט להלן: 1. סעיפים 14 ו- 22 להסכם. 2. סעיף 7 בפרק שני בנספח 1 להסכם. 3. סעיף 3 בפרק שלישי בנספח 1 להסכם. 4. סעיפים 4 ו- 5 בפרק חמישי בנספח 1 להסכם. 5. סעיף 5 בפרק שביעי בנספח 1 להסכם.

חלק ב' – תמצית הכיסויים

תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ראשון – השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל				
<p><u>תקרת תגמולי הביטוח</u> השתלה באמצעות נותני שירות בהסכם - שיפוי מלא. השתלה באמצעות נותני שירות שלא בהסכם - עד תקרת הסכומים המשולמים לנותני שירות שבהסכם ולא יותר מ-4,000,000 ₪.</p> <p>השתלת לב מלאכותי (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית) - עד 1,000,000 ₪.</p>	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p>טיפול מיוחד בחו"ל - עד סכום של 800,000 ₪.</p>	שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p><u>גמלת החלמה בעקבות השתלה</u> לאחר השתלת כבד, לב, לב ריאה, ריאה, לבלב ומעי- ישלם המבטח למבוטח תשלום בסך 5,000 ₪ למשך 24 חודשים.</p> <p>לאחר השתלת כליה, שחלה ומוח עצמות מתורם אחר- ישלם המבטח למבוטח תשלום בסך 5,000 ₪ למשך 12 חודשים.</p> <p>נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו.</p>	פיצוי	לא נדרש	מוסף	אין
<p>לפני מימוש ביטוח ההשתלות יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: (1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה (2) מתקיימות הוראות החוק האמור לעניין איסור סחר באיברים.</p>				

תיאור הכיסוי				שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק שני - כיסוי מורחב לניתוחים ושירותים רפואיים נלווים							
הניתוחים המכוסים							
כל הניתוחים				שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל							
בארץ ובחו"ל				שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם המבטח							
קיים				שיפוי	נדרש	תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>							
<p>מבוטח העמית בתכנית השב"ן ויבקש לרכוש כחלופה לכיסוי מלא לניתוחים עפ"י פרק זה, כיסוי ניתוחים מעבר לשב"ן, יוכל לעשות זאת בהתאם לתנאים שייקבעו על ידי המבטח ותמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בטופס ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. ניתן לקבל פירוט באתר האינטרנט של המבטח.</p>							
פרק שלישי- טיפולים מחליפי ניתוח							
עד הסכום שהיה משולם על ידי המבטח בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.				שיפוי	נדרש	מוסף/ תחליפי	יש
<p>הבהרה: ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים הנהוגים בחברה באותה עת, של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם נקובים בה בסכום כספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או כניסה לאתר האינטרנט.</p>							
פרק רביעי- ייעוץ רפואי מיוחד							
עד שני ייעוצים - אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבטח- שיפוי מלא. אצל רופא אחר שאינו בהסכם עם המבטח- עד 600 ₪ בגין כל ייעוץ ולא יותר מההוצאה בפועל.				שיפוי	נדרש	תחליפי	יש

קיצוד תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק חמישי - תרופות שאינן בסל הבריאות				
יש	מוסף	נדרש	שיפוי	<p>מקרה הביטוח כמפורט בסעיף 2 לפרק חמישי בנספח 1.</p> <p>הכיסוי יינתן עד 1,500,000 ₪ בגין תרופות שעלותן מעל 200 ₪ לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים שתחילתה ביום 31.12.2013.</p> <p>בנוסף, המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות הכרוך במתן התרופה עד 200 ₪ ליום ועד 45 יום.</p>
פרק שישי- טיפולי שיניים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>עקירה כירורגית: עד 575 ₪ לעקירה ולא יותר מארבע עקירות בכל תקופת הביטוח</p> <p>בדיקה פריודנטלית: עד 314 ₪</p> <p>הקצעת שורשים: עד 156 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)</p> <p>כריתת חניכיים: עד 1,360 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)</p> <p>ניתוח מטלית: עד 1,673 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק שביעי- שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>1 התייעצות עם רופא מומחה ללא קשר לניתוח - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ 600 ₪, ולא יותר משתי התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבטח.</p>
				<p>2 בדיקות רפואיות אבחנתיות – עד 1,200 ₪ בגין בדיקת CT. עד 4,000 ₪ בגין בדיקת MRI. עד 500 ₪ בגין בדיקת אולטרסאונד. עד 500 בגין בדיקת דופלר. עד 3,500 בגין בדיקת PET. עד 200 ₪ בגין בדיקת רנטגן. ועד 1,500 ₪ בגין כל בדיקה אחרת הנדרשת. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. תקרת הכיסויים בגין כל הבדיקות עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח.</p>
				<p>3 בדיקות הריון - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-3,000 ₪ למבוטחת לכל הריון. במקרה של הריון מרובה עובדים, תקרת הסכומים תהיה עד 5,000 ₪ למבוטחת לכל הריון.</p>
				<p>4 טיפול פיזיותרפיה אמבולטוריים לאחר ניתוח - עד 80% מההוצאות ועד 260 ₪ לטיפול, ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.</p>
				<p>5 טיפול הפריה חוץ גופית - עד 75% מההוצאות ועד 10,000 ₪ לילד, ועד 2 ילדים, ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על פי ההסכם (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי ועובד/ת שבן/בת הזוג מבטח בביטוח בריאות קבוצתי אחר).</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק שביעי- שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>6 טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה - עד 75% מההוצאות ועד 30,000 ₪ במהלך שנת ביטוח אחת.</p> <p>7 בדיקות לגילוי מוקדם של גנים סרטניים - עד 75% מההוצאות ולא יותר מ-3,500 ₪ לכל הבדיקות בתקופת הביטוח.</p> <p>8 בדיקה גנטית לאפיון הגידול - עד 5,800 ₪ בגין כל הבדיקות למקרה ביטוח 1 בכל תקופת ההסכם.</p> <p>9 החלמה לאחר אירוע לב - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ-367 ליום ועד 14 ימים.</p> <p>10 התעמלות שיקומית לאחר ניתוח גדול - עד 50% מההוצאות ולא יותר מ-150 ₪ לחודש ועד 9 חודשים.</p> <p>11 מנוי למשדר קרדיולוגי - עד 50% מההוצאות ולא יותר מ-150 ₪ לחודש ועד 18 חודשים.</p> <p>12 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב- amblyopia - עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח.</p> <p>13 טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה - עד 3,500 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 25%.</p> <p>14 אביזרים רפואיים - פאה אונקולוגית, משאבת אינסולין וסד גבס קל - עד 1,000 ₪ לאביזר ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>15 כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל - עד 4,500 ₪ ולא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. תכוסה חוות דעת אחת בכל שנת ביטוח לכל מקרה ביטוח.</p>

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי
פרק שביעי- שירותים אמבולטוריים				
יש	תחליפי	נדרש	שיפוי	<p>16 כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית – עד 4,500 ₪ ולא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבטוח עבור חוות הדעת, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. תכוסה חוות דעת אחת בכל שנת ביטוח לכל מקרה ביטוח.</p> <p>17 החל מיום 01.04.2014: חירום שיניים בחירום - עד 118 ₪ לטיפול ולאחר השעה 21:00 או בשבתות וחגים עד 232 ₪ לטיפול ועד 5 טיפולים בשנת ביטוח.</p>

כל סכומי הביטוח הנקובים לעיל צמודים למדד שפורסם ב-15.12.2013, שהינו 12,366 נק'.

- ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או שב"ן.
- ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

יצוין כי הגדרות אלו תקפות ליום פרסומן.

התנאים המלאים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה המלאים.

אופן הגשת תביעה בתחום הבריאות

בהיודע לך על צורך ביטוחי כלשהו המכוסה על פי ההסכם, לרבות הצורך
בניתוח או בהשתלה, באפשרותך לפנות אל מוקד שירות הלקוחות של
"כלל ביטוח" בטלפון: 6388408 - 03.

כמו כן, יעמוד לרשותך מר **משה אופיר** – סוכן הביטוח :
בטלפון: 077- 5500000 , או בפקס: 7925497 – 09
או בדוא"ל: mosheophir1@gmail.com.

אם בחרת את המנתח ו/או בית חולים מראש, יש להעביר למוקד שירות
הלקוחות את שם הרופא המנתח ופירוט לגבי סוג הניתוח שאמור להתבצע על
גבי טופס אותו ניתן לקבל ע"י מוקד שירות הלקוחות אשר ימולא וייחתם על ידי
הרופא הממליץ.
כמו כן, יש לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים לטיפול המבוקש.

לעזרתך בבחירת רופא מנתח, רשימת כל הרופאים שבהסכם עם חברת
הביטוח, באתר האינטרנט www.clal.co.il

במקרה של צורך בביצוע ניתוח, השתלה או תרופות שלא בסל הבריאות,
יש לפנות מראש למוקד שירות הלקוחות של "כלל ביטוח" לביורר הזכאות
על פי הפוליסה.

ניתן לקבל פירוט של הערכים הכספיים, הנהוגים אצל המבטח באותה עת,
של תקרת השיפוי ו/או סכום הפיצוי אליהם מתייחסת הפוליסה ואשר אינם
נקובים בה בסכום הכספי, וזאת באמצעות פניה למוקד השירות הטלפוני או
כניסה לאתר האינטרנט.

אם בוצע ניתוח עקב מצב חירום רפואי, שחייב ניתוח דחוף ושמנע ממך להודיע
לחברת הביטוח מראש על כך, תדון החברה בתביעה לאחר הניתוח.
התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הסכם הביטוח והתקבל אישור
רפואי להיות הניתוח ניתוח חירום דחוף, ובתנאי שהדבר הובא לידיעת חברת
הביטוח בהקדם.

המבוטח ימסור לחברת הביטוח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל
רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח
את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

אלו טפסים/ניירת רפואית יש לצרף לטופס התביעה?

1. לצורך הגשת תביעה בגין השתלה / טיפול רפואי מיוחד בחו"ל באופן פרטי :

- 1.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- 1.2. הפניה לניתוח - מילוי טופס תביעה.
- 1.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

2. לצורך הגשת תביעה במקרים בהם בוצע הניתוח באמצעות קופת חולים ו/או בהשתתפותה:

- 2.1. סיכום מחלה על-ידי הרופא המטפל.
- 2.2. מכתב שחרור מביה"ח.
- 2.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שבגינה הוגשה התביעה וממתי מטופל אצלו וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.

3. לצורך הגשת בקשה להחזר הוצאות בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי :

- 3.1. סיכום מחלה ע"י הרופא המטפל (כולל ציון ממתי סובל המבוטח מהבעיה).
- 3.2. מילוי טופס תביעה.
- 3.3. טופס ויתור על סודיות רפואית (וס"ר) - בציון פרטי הרופא המקצועי המטפל בבעיה הרפואית שהוגשה כתביעה לביטוח וממתי מטופל אצלו, וכן פרטי רופא המשפחה ופרטי וכתובת קופ"ח בה מטופל המבוטח.
- 3.4. מכתב מהרופא המטפל הכולל את שם, מינון ועלות התרופה.
- 3.5. קבלות מקוריות.

הסכם ביטוח בריאות קבוצתי

1. מבוא

- 1.1. המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד ולצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. המבוטחים

- 2.1. **מבוטחים קיימים:** עובדי/גמלאי בעל הפוליסה, בני זוגם וילדיהם וכן בני זוגם של ילדיהם וילדי ילדיהם (נכדי העובד/ת/הגמלאי/ת), אשר היו מבוטחים במסגרת הסכם הביטוח הקודם ברצף עד מועד תחילת תקופתו של הסכם זה (להלן: "מבוטחים קיימים"), בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו-7 שלהלן. השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות של שם מהרשימה ע"י בעל הפוליסה, לא תשלול את זכאות המבוטח בכפוף להצהרת בעל הפוליסה ותשלום הפרמיה.

2.2. **מבוטחים חדשים:**

- 2.2.1. עובדים חדשים אצל בעל הפוליסה ובני זוגם שגילם במועד הצטרפותם להסכם זה אינו עולה על 70 שנה, וכן ילדי העובדים החדשים, בני זוגם וילדיהם, (להלן: "מבוטחים חדשים"). בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן במהלך תקופת הביטוח שעל פי הסכם ביטוח זה בהודעה בכתב של בעל הפוליסה למבטח, עפ"י האמור בסעיפים 5 ו-7 שלהלן. השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות של שם מהרשימה ע"י בעל הפוליסה, לא תשלול את זכאות המבוטח בכפוף להצהרת בעל הפוליסה ותשלום הפרמיה.
- 2.2.2. עובדים קיימים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם יוכלו להצטרף לפוליסה כמפורט בסעיף 5.3.2 להלן.
- 2.3. לגבי מבוטח שהוא ילדו של עובד/ת וכל עוד העובד מבוטח בהסכם – בתום החודש שבו מלאו לו 25 שנה, ימשך הביטוח של הילד בתעריף מבוטח בוגר ובתנאי שהגביה עבורו ממשיכה להיות מרוכזת ע"י בעל הפוליסה. למעט אם המבוטח ביקש להפסיק את הביטוח תוך 90 יום מתום החודש בו מלאו לו 25 שנה. במידה ושולמו דמי ביטוח עבורו לאחר מועד הגיעו לגיל 25 והתקבלה בקשה להפסקת הביטוח, דמי הביטוח יוחזרו במלואם, למעט באם המבוטח הנ"ל תבע את החברה במהלך תקופה זו.
- 2.4. גיל המבוטח לעניין הסכם זה יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. 6 חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.

2.5. מועד הצטרפות לביטוח

- עבור מבוטחים קיימים – מועד הצטרפותם לפוליסת הבריאות לראשונה בהסכם ביטוח קודם (בחברת כלל).
עבור מבוטחים חדשים – מועד הצטרפותו לפוליסה לפי הסכם זה.

- 2.6. מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- 2.7. האמור בסעיף 2.6 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- א. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
 - ב. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 2.8. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבטח כאמור בסעיף 2.6 לעיל, והודיע המבטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטח, יבטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

3. פירוט הכיסויים והשירותים בביטוח:

3.1. פירוט הכיסויים בביטוח:

- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - נספח 1 בהסכם פרק ראשון .
- ניתוחים פרטיים ושירותים נלווים לניתוח - נספח 1 בהסכם פרק שני .
- טיפולים מחליפי ניתוח – נספח 1 בהסכם פרק שלישי .
- יעוץ רפואי מיוחד - נספח 1 בהסכם פרק רביעי .
- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - נספח 1 בהסכם פרק חמישי .
- טיפולי שיניים - נספח 1 בהסכם פרק שישי .
- שירותים רפואיים אמבולטוריים – נספח 1 בהסכם פרק שביעי .
- שירותים רפואיים ייחודיים (כתב שירות) – נספח 1 בהסכם פרק שמיני .
- שירותי רפואה משלימה (כתב שרות) – נספח 1 בהסכם פרק תשיעי .
- "לחיות בריא" - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים (כתב שרות) – נספח 1 בהסכם פרק עשירי .
- נספח "עזרה לניתוח" - נספח 2 בהסכם .

3.2. רשימת גבולות אחריות המבטח:

כמפורט בנספח 3 להסכם זה.

3.3. גמלאים ובני משפחותיהם:

כמפורט בנספח 4 להסכם זה.

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1. תקופת הסכם הביטוח תהיה 15 שנים שתחילתן ביום 31.12.2013 (להלן: "המועד הקובע") וסיומן ביום 31.12.2028, למעט הביטוח הסיעודי שתקופתו עד ליום 30.06.2015.
- 4.2. על אף האמור לעיל, בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק הסכם זה, בכל עת, לפי שיקול דעתו הבלעדי, מכל סיבה שהיא, ובלא צורך לנמק, ובלבד שתינתן למבטח הודעה מוקדמת בכתב של 90 יום מראש.
- 4.3. בעל הפוליסה יהיה רשאי בתום כל 3 שנים ממועד תחילת הביטוח (סה"כ 4 פעמים לאורך תקופת הביטוח) לבצע שינויים ושיפורים בפוליסה בהתאם לשינויים ושיפורים שחלו בתחום הרפואה והביטוח הרפואי בישראל ובעולם, וזאת בהסכמת שני הצדדים.

5. הצטרפות לביטוח. התחלתו והפסקתו

- 5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה, על כל נספחיו, לגבי כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המאוחר מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו הצטרף לקבוצת המבוטחים.
- (ב) היום הראשון (1) בחודש העוקב לחודש בו ניתן אישורו של המבטח בכתב להצטרפותו של המבוטח לביטוח עפ"י ההסכם, לאחר שהמבוטח הגיש בקשה להצטרפות בצירוף מילוי הצהרת בריאות וחיתום (אם נדרש לפי סעיף 5.3 שלהלן), ולאחר ביצוע תשלום ראשון של דמי הביטוח.
- (ג) יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.
- 5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- (א) היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים.
- (ב) יום תום תקופת הסכם הביטוח.
- למען הסר ספק, הסכם זה לא יפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כמפורט בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיו עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

5.3. אופן ההצטרפות לביטוח

- 5.3.1. הצטרפות מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל: מבוטחים אלו לא יידרשו במילוי הצהרות בריאות וחיתום, בתנאי כי הינם עוברים ברצף מהביטוח הקודם לביטוח זה במועד תחילתו של הסכם זה. במידה ומבוטח קיים החליט לפרוש מהביטוח הקבוצתי, יוכל לעשות זאת בכל עת בהודעה בכתב. הצטרפותו בשנית לביטוח תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.
- 5.3.2. עובדים קיימים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, שאינם נכללים ברשימת המבוטחים הקיימים, יוכלו להצטרף לביטוח זה בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.

- 5.3.3 הצטרפות המבוטחים החדשים כהגדרתם בסעיף 2.2 לעיל, הינה וולונטרית, בלא הצהרת בריאות וחיתום, אולם בכפוף להסכמתם בכתב, בתנאי כי הינם מצטרפים להסכם זה בתוך 60 יום ממועד תחילת עבודתו של העובד לראשונה אצל בעל הפוליסה. הצטרפותם של מבוטחים אלו לאחר מועד זה, תהא בכפוף למילוי הצהרת בריאות וחיתום.
- 5.3.4 **למען הסר ספק יובהר, כי אם שולמו למבטח כספים על חשבון הפרמיה בגין הביטוח שעפ"י ההסכם, לפני שניתנה הסכמת המבטח לבטח את המועמד לביטוח, לא תחשב קבלת הכספים בידי המבטח כהסכמת המבטח לצירוף המבוטח להסכם זה.**
- 5.3.5 תינוק שנולד יהיה כשיר להיות מבוטח מיום ששחרר מבית החולים בו נולד, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ומעבר חיתום רפואי תוך 6 חודשים מיום הולדתו, אולם בכפוף לחריג מום או מחלה מולדים שיהיה בתוקף למשך שנה ממועד הצטרפות התינוק לביטוח. במידה והוא יצורף לאחר 6 חודשים מתאריך לידתו, יהיה צורך במילוי הצהרת בריאות ומעבר חיתום רפואי.
- 5.3.6 המבוטחים הקיימים שהיו מבוטחים במסגרת ההסכם הקודם ויצורפו לביטוח עפ"י הסכם זה במועד תחילתו ברצף, יוכלו להודיע במהלך 90 הימים הראשונים ממועד צירופם, על רצונם להיגרע מהביטוח, כאשר דמי הביטוח בגינם, אם ייגבו, יושבו לבעל הפוליסה או למבוטח בהתאם. האמור בסעיף זה מותנה בכך שהמבוטח המבקש לגרוע עצמו מהביטוח לא הגיש ו/או יגיש תביעה שאושרה. במהלך התקופה בה היה מבוטח או בגין מקרה ביטוח שאירע בתקופה בה היה מבוטח.
- 5.3.7 מבוטחים חדשים אשר ברשותם ביטוח בריאות פרטי או קולקטיבי, יקבלו רצף ביטוחי מלא על כסויים חופפים בהצטרפותם לפוליסה זו. למעט מבוטחים אשר בפוליסה הקיימת ישנן לגביהם החרגות, אשר תתבטלנה בתום שנה ממועד הצטרפותם לפוליסה זו.
- 5.3.8 עובדי בעל הפוליסה המבוטחים במסגרת ההסכם ואשר יפרשו לגמלאות במהלך תקופת ההסכם, הם ובני משפחותיהם יהיו זכאים להמשיך ולהיות מבוטחים בביטוח הקבוצתי על פי ההסכם כמפורט בנספח 4.
- 5.3.9 למען הסר ספק, מובהר כי עם גריעתו של עובד מהביטוח, יגרעו גם בן/בת זוגו וכל ילדיהם, בני זוגם של הילדים וילדי הילדים (נכדי העובד) אשר היו מבוטחים בביטוח שעפ"י הסכם זה.
- 5.3.10 **הצטרפות חוזרת של מבוטח אשר גרע את עצמו מהביטוח, תהא כרוכה במילוי הצהרת בריאות וחיתום.**
- 5.3.11 בלא לגרוע מהוראות הסכם זה לעיל, פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ- 50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5.4. זכות להמשך הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת מבוטחים במהלך תקופת ההסכם:

המשכיות בביטוח הבריאות:

מבוטח שהיה מבוטח במסגרת הסכם זה ברצף במשך שישה חודשים לפחות לפני מועד הפסקת הביטוח כאמור בסעיף 5.2 לעיל, יהיה זכאי להצטרף ללא תקופת אכשרה וללא הוכחת בריאות מחדשת לאחת מתכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח, בהיקף זהה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה (לפי בחירת המבוטח) בתנאים ובתעריפים שיהיו קיימים באותה עת בתוכניות הביטוח הפרטיות של המבטח, ובלבד שהצטרף לביטוח הפרטי בהודעה בכתב למבטח, תוך 90 יום מהמועד בו הפסיק להיות מבוטח על פי הסכם זה. מבוטח המצטרף לתכנית ביטוח פרטית של המבטח, ייחנה מהנחה בשיעור של 25% מגובה דמי הביטוח המקובלים באותה עת לגילו למשך 5 שנות הביטוח הראשונות.

למען הסר ספק, יובהר כי תוספות והחרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

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

המשכיות בביטוח הסיעודי:

הביטוח הסיעודי הסתיים ב 30.06.2015

למען הסר ספק, יובהר כי תוספות והחרגות רפואיות שנקבעו על ידי המבטח בכניסה לביטוח הקבוצתי יחולו גם בפוליסות הפרטיות.

מבוטח שיצטרף לביטוח הפרטי עפ"י התנאים הנקובים לעיל יהיה זכאי להנחה מהתעריף הביטוח הפרטי בשיעור של 25% למשך 5 שנות הביטוח הראשונות.

יובהר כי סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בביטוח הסיעודי הפרטי אליו יצטרף המבוטח עפ"י סעיף זה יהיו עפ"י הקבוע בפוליסה זו.

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

6. תשלום בעת תביעה

בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבטח לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים כנגד קבלות מקוריות, בגין הוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המרבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על המשולם על ידי המבוטח לנותן השירות שבהסכם, בכפוף להוראות ההסכם והנספחים המצורפים לו כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם לסעיף 7 להלן.

אם הגיש המבוטח בקשה לקבלת שיפוי במלואו או בחלקו מגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ויצוין את הגורם אליו הגיש את הקבלה המקורית בצירוף אישור בכתב על גובה סכום השיפוי שהוחזר מגורם זה למבוטח.

7. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

7.1. עם תחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח 2 רשימות בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) רשימה אחת הכוללת את שמות כל העובדים ובני משפחותיהם המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריכי לידתם, תאריך הצטרפותם וגובה דמי הביטוח המשולמים בגינם. רשימה שניה הכוללת את שמות כל הגמלאים ובני משפחותיהם המבוטחים, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריך לידתם, תאריך הצטרפותם וגובה דמי הביטוח המשולמים בגינם.

לא יאוחר מ - 15 בכל חודש או בכל מועד אחר אשר תואם עם המבטח, ימסור בעל הפוליסה למבטח בקובץ בתוכנת excel באמצעות דואר אלקטרוני (e-mail) את רשימות המבוטחים העדכנית הכוללת גם פרטים על מצטרפים חדשים לביטוח, שיכללו את שמותיהם, תאריכי לידתם, מס' תעודת הזהות שלהם, תאריך הצטרפותם לביטוח, גובה דמי הביטוח המשולמים בגינם, כתובתם, ואת שמות המבוטחים שפרשו לגמלאות והמשיכו להיות מבוטחים, הם ובני משפחותיהם בפוליסה בסטטוס של גמלאים – כמפורט בנספח 4.

7.2. בכפוף לאמור בסעיף 2.1 סיפא, יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח וזאת ללא צורך במשלוח הודעה או התראה לאותו מבוטח על ביטול הפוליסה שברשותו.

7.3. למען הסר ספק, מועמדים לבטוח שיידרשו למלא הצהרות בריאות וחיתום, כאמור בהסכם זה לעיל, לא יחשבו מבוטחים על פי ההסכם הקולקטיבי עד להשלמת הליך החיתום והודעת המבטח בכתב בדבר הסכמתו ותנאיו לקבלת המועמד לביטוח וקבלת תשלום דמי הביטוח לראשונה עבורם.

8. דמי ביטוח (פרמיות)

8.1. דמי הביטוח החודשיים (ב ש"ח) עד ליום 31.12.2016 הינם כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'
מבוטח/ת בוגר/ת	66.5
משפחה חד הורית (הורה וכל ילדיו עד גיל 25)	106
משפחה (שני הורים וכל ילדיהם עד גיל 25)	145

- ילדי עובדים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת.
- נכדים והוריהם יחשבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
- כל דמי הביטוח המופיעים בטבלה לעיל ממומנים כשני שלישי ע"י העובדים ושליש ע"י בעל הפוליסה.

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'
גמלאי/ית	135
בן /בת זוג של גמלאי	135
משפחה חד הורית (הורה גמלאי וכל ילדיו עד גיל 25)	166
משפחה (גמלאי, בן/בת הזוג וכל ילדיהם עד גיל 25)	280

- ילדי גמלאים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת כמפורט בטבלת הפרמיות הראשונה לעיל.
- נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
- לא ניתן לצרף נכדים ללא הוריהם
- דמי הביטוח ממומנים במלואם על ידי הגמלאים

דמי הביטוח החודשיים (ב ש"ח) **החל מיום 01.01.2017**, הינם כדלקמן:

מבוטחים	דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'
מבוטח/ת בוגר/ת	120.20
משפחה חד הורית (הורה וכל ילדיו עד גיל 25)	190.90
משפחה (שני הורים וכל ילדיהם עד גיל 25)	260.59

- ילדי עובדים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת.
- נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.

דמי הביטוח החודשיים ב ש"ח ביטוח בריאות פרקים א' - י'	מבוטחים
243.42	גמלאי/ית
243.42	בן /בת זוג של גמלאי
98.97	משפחה חד הורית (הורה גמלאי וכל ילדיו עד גיל 25)
504.01	משפחה (גמלאי, בן/בת הזוג וכל ילדיהם עד גיל 25)

- ילדי גמלאים אשר גילם מעל 25 שנים, חתן/כלה ישלמו דמי ביטוח לפי התעריף למבוטח/ת בוגר/ת כמפורט בטבלת הפרמיות הראשונה לעיל.
 - נכדים והוריהם יחושבו לפי תעריפי משפחה חד הורית ו/או משפחה.
 - לא ניתן לצרף נכדים ללא הוריהם.
 - דמי הביטוח ממומנים במלואם על ידי הגמלאים.
- 8.2. דמי הביטוח ממומנים במלואם על ידי הגמלאים בעל הפוליסה יישא בתשלום חלק מדמי הביטוח בגין כל העובדים המבוטחים ובני משפחותיהם כאמור לעיל ויגבה את תשלום יתרת דמי הביטוח עבור העובדים ובני המשפחה המבוטחים, בהסכמת העובד, משכר העובד.
- 8.3. דמי הביטוח ישולמו למבטח כל חודש על ידי בעל הפוליסה במרוכז עד ה - 15 בכל חודש בגין החודש הקודם. **גבייה מרוכזת של דמי הביטוח עבור כל המבוטחים על ידי בעל הפוליסה הינה תנאי מהותי להסכם זה.**
- 8.4. דמי הביטוח ישולמו עפ"י מכפלת מס' המבוטחים בפוליסה בסכומים הנקובים בסעיף 8.1 לעיל.
- 8.5. התאמת פרמיה**
- המבטח לא יחייב רשאי לבצע התאמה של דמי הביטוח, אם תידרש, לפני חלוף 36 חודשים מתחילת תקופת ההסכם, ובהתאמה כל 36 חודשים נוספים (להלן: "**התאמת דמי הביטוח**"), וזאת עד תום תקופת ההסכם (סה"כ 4 התאמות) ובכפוף לאמור להלן:
- 8.5.1. התאמת דמי הביטוח תיעשה כל 36 חודשים מהמועד הקובע שלגביה נערך החישוב, רק במידה ויתברר כי תוכנית הביטוח נושאת הפסדים למבטח כהגדרתם בסעיף 8.5.2 להלן. לתקופת הביטוח הנבדקת.
- 8.5.2. כהפסדים בתקופת הביטוח הנבדקת שבגינם נעשית התאמת דמי הביטוח ייראו את הסכום בו עולה סך התביעות המשולמות, בתוספת הגידול בעתודות לתביעות תלויות ותביעות בתשלום, לרבות IBNR, על פי הנתונים שנרשמו בספרי המבטח, בגין אותה תקופת ביטוח שבגינה נעשית התאמת דמי הביטוח, כשהם משוערכים למדד, על סכום של 75% מסך דמי הביטוח המשולמים בגין אותה תקופה, כשהם משוערכים למדד. דמי הביטוח ל- 36 החודשים הבאים יקבעו עפ"י

המכפלה בין דמי הביטוח ליחס שבין ההוצאות להכנסות לתקופה הנבדקת.

8.5.3 ההתאמה תבוצע בכפוף לאישורו בכתב של בעל הפוליסה.

8.5.4 במידה ולא הגיעו הצדדים להסכמה בדבר גובה ההתאמה הנדרשת, יוכל כל צד להודיע על אי רוצנו להמשיך את הביטוח וזאת בהתראה של 120 יום מראש.

8.5.5 מובהר ומוסכם כי המבטח ימסור לבעל הפוליסה או ליועץ הרפואי או לסוכן של בעל הפוליסה, ו/או למי מטעמו את כל המידע הנדרש לבדיקת שיעור התאמת הפרמיה, לרבות נתוני תביעות, תביעות תלויות וכדומה.

8.6 קרן אקסגרציה

המבטח יעמיד לבעל הפוליסה קרן אקסגרציה בסך 2% מהפרמיה המשולמת עבור המבוטחים. קרן זו תיועד לתשלום תביעות של מבוטחים שאינן מכוסות ע"י הפוליסה ובעל הפוליסה מעוניין לסייע למבוטחים אלה במימון מלא או חלקי של התביעה שנדחתה. למען הסר ספק יובהר בזאת כי הזכות לאיזה מבוטח לסייע באמצעות הקרן וגובה סכום הסיוע הנם בתחום סמכותו הבלעדית של בעל הפוליסה בלבד.

8.7 מתן מסמכים למבוטח:

8.7.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

בסעיף זה "חידוש ביטוח" – למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

8.7.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

8.7.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלם המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

8.8 מתן הודעות למבוטח:

8.8.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן – "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח למבוטח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

לעניין זה – "שינוי בדמי הביטוח" – לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.

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

חלה על מבטח 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 למבטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה כאמור.

9. פיגורים בתשלומים

9.1. לא שולמו דמי הביטוח או חלקם במועד ולא שולמו תוך 15 יום לאחר שהמבטח דרש מבעל הפוליסה ו/או המבטח לשלם, יהיה רשאי המבטח להודיע לבעל הפוליסה ו/או למבטח בכתב כי ההסכם יבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.

9.2. לאחר ביטול הביטוח לפי סעיף 9.1 לעיל, תינתן לבעל הפוליסה האפשרות, תוך 30 יום ממועד משלוח מכתב הביטול לחדש את הביטוח ע"י תשלום כל דמי הביטוח שבפיגור בתוספת הפרשי ריבית והצמדה ממועד התשלום עד יום התשלום בפועל. הביטוח יחודש ביום בו יפרעו כל הפיגורים. המבטח לא יהיה אחראי למקרי ביטוח שאירעו ממועד ביטול הביטוח ועד מועד חידושו.

9.3. אחרי חלוף 30 יום ממועד ביטול ההסכם כאמור בסעיף 9.1 לעיל, לא תחול על המבטח חובת חידוש הביטוח לפי ההסכם ביטוח זה.

10. תנאי הצמדה למדד

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

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

10.1.2. "המדד היסודי" - משמעו מדד חודש נובמבר 2013, שיפורסם ב - 15 בדצמבר 2013 שהינו 12,366 נקודות.

10.1.3. "המדד הקובע" - לגבי כל אחד מהתשלומים הנזכרים בסעיפים 10.2 ו- 10.3 להלן - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

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

10.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי. לעניין זה, יום ביצוע התשלום הוא מועד פירעון התשלום בפועל.

11. תגמולי ביטוח

- 11.1. המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח כנגד **קבלות מקוריות**. 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. אם הגיש המבוטח בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ויציין את הגורם אליו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע מהגורם האחר, וכן אישור מהגורם האחר על גובה סכום השיפוי ששולם למבוטח (במידה ושולם).
- 11.2. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 11.3. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער היציג של המטבע הזר הנ"ל ביום התשלום על ידי המבטח.
- 11.4. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו 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 השרות או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם המבטח יתרה זו לעיזבונו של המבוטח או על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה עפ"י העניין.
- 11.5. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק ו/או בנספחים לפי העניין.
- 11.6. תגמולי ביטוח שישולמו למבוטח ו/או לנותן שירות ע"י המבטח כתוצאה מתאונת דרכים בה נפגע המבוטח, כהגדרתה בחוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים - המבוטח מתחייב לשתף פעולה עם המבטח ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח להשיב לעצמו את תגמולי הביטוח מכל גורם החב בכך על פי דין. במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, על המבוטח לפצות את המבטח בשל כך ולא יותר מהסכום ששולם בפועל ע"י המבטח לכיסוי ההוצאות הרפואיות שהיו לו בפועל בגין מקרה ביטוח.

12. תחלופ (סברוגציה)

- 12.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי ביטוח, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו.
- 12.2. 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.
- 12.3. קיבל המבוטח מצד שלישי תשלום, שיפוי בגין מקרה הביטוח, אשר שולם ע"י המבטח, על המבוטח להעבירו למבטח; במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור

או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, על המבטח לפצות את המבטח בשל כך.

12.4. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור.

13. ביטוח כפל

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

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

14. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו על כל פרקיהם

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

14.1.1. מקרה ביטוח שאירע לפני תחילת הביטוח או לפני הצטרפותו של המבטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 16 להלן.

14.1.2. שירותו של המבטח בצבא או במשטרה, אם הוכרה זכאותו של המבטח לקבלת פיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי.

14.1.3. פגיעה כתוצאה ממלחמה או פעולת איבה (מחבלים) או פעולה על רקע לאומני, אם הוכרה זכאותו של המבטח לקבלת פיצוי מגורם ממשלתי.

14.1.4. השתתפות פעילה של המבטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, מהפכית, מרד, הפרעות, מהומות, מעשה חבלה.

14.1.5. אלכוהוליזם או שכרות של המבטח; שימוש בסמים על ידי המבטח, שימוש בתרופות נרקוטיות, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.

14.1.6. ניסיון להתאבדות, או חבלה עצמית במתכוון או סיכון עצמי במתכוון, ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.

14.1.7. הפרעות נפש ו/או טיפולי נפש ו/או מחלת נפש.

14.1.8. תחביבים מסוכנים: כגון גלישה אווירית, רכיפה, צניחה, דאייה, צלילה לעומק העולה על 30 מ', וטיסה בכלי טיס של בתי ספר פרטיים לטיסה. יודגש כי החריג לא יחול על טיסה כנוסע במטוסים המטיסים אזרחים.

14.1.9. פציעה עצמית מכוונת בין אם המבטח היה שפוי ובין אם לא.

14.1.10. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבטח באופן מקצועי הנושאת שכן בצידה.

14.1.11. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS (איידס) או נשאות (HIV+), למעט סעיף 6.1 בפרק ב' בנספח 1 להסכם.

14.1.12. חשיפה כלשהי במודע לקרינה גרעינית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.

- 14.1.13. הריון ו/או לידה, למעט סעיפים 4.3 ו-4.5 בפרק ז' בנספח 1 להסכם ולמעט לידה בנייתוח קיסרי והפסקת הריון מסיבות רפואיות.
- 14.1.14. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים. למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים שנבעו מהסיבות דלהלן: 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 אורתופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות הנובעות מגודל השד/ים, ניתוח לשחזור שד לאחר כריתה לרבות שיחזור באמצעות שריר הבטן, ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ 36 והוא סובל מסכרת או יתר לחץ דם או יחס BMI גבוה מ 40 ללא גורמי סיכון, ניתוח אסטטי לתיקון צלקות לאחר כוויות, תאונות ניתוחים או שברים שאירעו במהלך תקופת הביטוח ו/או תקופות ביטוח קודמות, כמו גם ניתוח לתיקון חך שסוע, 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 לא יכלול במסגרת החריגים לפוליסה זו. טיפולים או ניתוחים הקשורים בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות למעט סעיף 4.5 בפרק ח' בנספח 1 להסכם. מובהר ומוסכם כי ניתוח לתיקון אשך תמיר, הדרוצלה או וריקוצלה לא יחשבו ניתוחים לטיפול פוריות על פי הוראות פוליסה זו.
- 14.1.15. טיפולים או ניתוחים הקשורים בשיניים או בחניכיים, למעט סעיפים 1.1, 1.2 בפרק ו' בנספח 1 להסכם.
- 14.1.16. בדיקות שגרה ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול דיאליזה, טיפול היפותרמי, זריקה, הזלפות, בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה, למעט אם נעשו במהלך אשפוז כחלק מניתוח או טיפול רפואי המכוסה במסגרת פוליסה זו.
- 14.1.17. המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או ע"י מעשה או מחדל של הנ"ל.

15. מצב רפואי קודם:

15.1 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.

15.2. 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.

15.3. תחולת חריג מצב רפואי קודם:

לא הוחרג מצב רפואי קודם בתנאי החיתום שהועברו ע"י המבטח למבוטח מסוים יהיה סייג בשל מצב רפואי קודם, מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח בעת הצטרפותו לביטוח, כדלקמן:

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

15.3.2. למבוטח שגילו במועד הצטרפותו לביטוח הינו 65 שנים או יותר – 6 חודשים ממועד הצטרפותו לביטוח.

למען הסר ספק, מובהר כי חריג מצב רפואי קודם לא יחול על מבוטחים קיימים כהגדרתם בסעיף 2.1 לעיל, לגבי סכומים וכיסויים חופפים בין ההסכם הקודם והסכם זה.

15.4. 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 יגלה למבטח על מצבו יחולו על הביטוח כללי הגילוי שעל פי הוראות הדין.

15.5. סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב רפואי מסוים שפורט בהצהרת הבריאות לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי החיתום שהועברו למבוטח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

15.6. 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.

16. תקופת אכשרה

16.1. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח אשר ארע במהלך 60 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

16.2. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח הקשור להריון, בדיקות הריון, הפסקת הריון ולידה ואשפוז כתוצאה מהריון במהלך 270 הימים הראשונים מתאריך הכניסה לביטוח של כל מבוטח.

16.3. למרות האמור בסעיף 16.1 לעיל, מבוטחים אשר לא נדרשו למלא הצהרת בריאות יהיו פטורים מתקופת אכשרה.

17. נוהל תביעה

17.1. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיודע למבוטח על הצורך בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו של המבטח בכתב לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, תוך 7 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח.

17.2. קבלת אישור המבטח כאמור הוא תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי ביטוח זה.

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

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

17.5. אם יידרש לכך על ידי המבטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית ו/או תפקודית על ידי רופאים ו/או אחים/יות ו/או עובדת סוציאלית מטעם המבטח ועל חשבון המבטח.

17.6. אישר המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השרות או למבוטח לפי העניין.

17.7. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות המקוריות בגין התשלומים בהם נשא או במקרה של תביעה גם לגורם מבטח אחר עותק מאושר של הקבלות והאישורים המפורטים בסעיף 11.1 לעיל.

17.8. בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות בחו"ל או טיפולים מיוחדים בחו"ל (פרק ראשון), אישר המבטח ביצוע השתלה בחו"ל או טיפול מיוחד בחו"ל, אזי:

17.8.1. ייתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל.

17.8.2. יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לנותני השירות או למבוטח עצמו.

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

17.8.4. תשלומים במטבע חוץ שישלם המבטח יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא למבטח בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידו ולא תשלום בנוסף להם.

18. מפרט שירותי ייעוץ רופא מלווה

הייעוץ הרפואי אשר ילווה את המבוטחים בביטוח הבריאות עפ"י הסכם זה יהיה ד"ר אודי פרישמן, שכר טרחתו ישולם על ידי בעל הפוליסה באמצעות חברת הביטוח, כאמור בתנאי המכרז. השירות למבוטחים יינתן באופן כדלקמן:

18.1. פתרון לבעיות שלא נפתרו על ידי מוקד התביעות של המבטח וסוכן

הביטוח:

הבעיות שלא יפתרו במסגרת מוקד התביעות של חברת הביטוח או סוכן הביטוח, יועברו ליועץ לסיועו. במסגרת זו, היועץ יאפשר למבוטחים לפנות אליו באמצעות דואר אלקטרוני udifc@bezeqint.net ולקבל מענה לשאלות הקשורות בהיקף הכיסוי הביטוחי, ניצול נכון של הפוליסה מול חלופות ביטוחיות אחרות, ניצול אופטימאלי של הפוליסה מול הביטוח המשלים ועוד פרמטרים שניתן לטפל בהם בדרך לא ישירה מול המבוטח ואשר כאמור לא קיבלו מענה ממוקד שירות הלקוחות של המבטח.

18.2. פתרונות פרטניים לבעיות מורכבות:

במסגרת הטיפול בבעיות פרטניות יקיים היועץ פגישות ייעוץ עם מבוטחים שנתקלו בבעיות שאינן יכולות לקבל מענה במסגרת הייעוץ הבלתי אמצעי, למשל: חולים שנדרשים לניתוח מורכב בחו"ל או להשתלה בחו"ל, חולים שתביעתם נדחתה על ידי המבטח, סיוע במימוש זכויות המגיעות למבוטח מרשויות שונות כגון הביטוח הלאומי, קופ"ח וכדומה, סיוע בבחירת ביה"ח ו/או הרופא המתאימים למתן השירות הרפואי למבוטח בארץ או בחו"ל. הייעוץ יינתן הן בתחומים אדמיניסטרטיביים והן בממשקים הרפואיים השונים.

19. סוכן ביטוח

19.1. בעל הפוליסה יבחר בסוכן ביטוח למתן שירותים למבוטחים בהסכם זה, על פי החלטתו הבלעדית (להלן: "**סוכן הביטוח**").

19.2. המבטח יתקשר עם סוכן הביטוח שיבחר בהסכם המקנה לסוכנות הביטוח את כל התנאים הדרושים למתן שירותים למבוטחים בהסכם זה,

19.3. לשם קיום התחייבותיו של סוכן הביטוח כלפי בעל הפוליסה, מתחייב בזאת המבטח להעמיד לרשות סוכן הביטוח נציגי תביעות ייחודיים (שלא דרך מוקד כללי של המבטח) במחלקת התביעות של אגף הבריאות של המבטח. לרשות סוכן הביטוח יעמדו רפרנטים ייחודיים למתן שירותים לבעל הפוליסה המחויבים למתן מענה לפניות סוכן הביטוח תוך 2 ימי עבודה מקבלת הפנייה, וכל אמצעי אחר אשר יאפשר לסוכן הביטוח ליתן שירות כנדרש על ידי בעל הפוליסה. לשם כך תתקשר חברת הביטוח עם סוכן הביטוח בהסכם הכולל את ההוראות המפורטות לעיל.

19.4. מוצהר ומובהר בזאת כי נאמנות סוכן הביטוח הינה כלפי בעל הפוליסה, וכלפיו בלבד. סוכן הביטוח הינו מטעם בעל הפוליסה, ובעל הפוליסה יהא רשאי להפסיק את העסקתו של סוכן הביטוח בכל עת, ולהחליפה בסוכן ביטוח אחר במקומו, או להמשיך בקיום הסכם זה ללא סוכנות/סוכן ביטוח מטעמו.

20. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה ו/או המבוטח חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

המבטח רשאי, על פי דין, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

21. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח תהא עפ"י דין (כיום 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח).

22. הגבלת אחריות המבטח

אחריות המבטח לתשלום תביעה שעל פי הסכם זה הינה אך ורק למבוטח אזרח ו/או תושב קבע של מדינת ישראל המתגורר בישראל. המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח על פי הסכם זה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל- 90 יום ברציפות. למען הסר ספק יובהר כי פוליסה זו אינה פוליסת נסיעות לחו"ל.

23. כללי

- 23.1. כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - יעשו בכתב.
23.2. מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.
23.3. כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

המבטח: כלל חברה לביטוח בע"מ

כתובת: רח' ראול ולנברג 36, תל אביב

בעל הפוליסה: האוניברסיטה הפתוחה

כתובת: רח' דרך האוניברסיטה 1 ת.ד. 808 רעננה 43537

- 23.4. כל הודעה אשר תשלח לבעל הפוליסה תחשב כאילו נמסרה למבוטחים.
23.5. כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

נספח להסכם הביטוח הקבוצתי

הצהרת בעל הפוליסה

בעל הפוליסה: האוניברסיטה הפתוחה
כתובת: רח' דרך האוניברסיטה 1 ת.ד. 808 רעננה 43537

א. בהתאם להוראות סעיף 3(א)(1) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט – 2009, הרינו מצהירים ומתחייבים בזאת, כי לעניין היותנו בעל הפוליסה בפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי האוניברסיטה הפתוחה, הננו פועלים באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד שהינם עובדי האוניברסיטה הפתוחה, גמלאיה ובני משפחותיהם, וכי אין ולא תהיה לנו כל טובת הנאה מהיותנו בעל הפוליסה.

במידה ודמי הביטוח ממומנים על ידי המבוטח באופן חלקי או מלא, הננו מצהירים כי אושרה ותועדה הסכמת כל העובדים שיועברו בקובץ המבוטחים, להצטרפותם ולהצטרפות בני משפחותיהם הכלולים בקובץ המבוטחים לביטוח ולניכוי המס משכרם עבור ההטבה בגין מימון ביטוח הבריאות ע"י בעל פוליסה ו/או לניכוי דמי הביטוח משכרם, לפי העניין.

בנוסף, הננו מצהירים, כי ידוע לנו כי בהתאם להוראות הדין החלות על המבוטח, זקוק המבוטח, כתנאי לכניסתה של הפוליסה לתוקף, לשמותיהם, כתובותיהם, ונתוני התקשרותם של מלוא המבוטחים והננו מתחייבים להעבירם לידיה לפני תחילת תקופת הביטוח.

כמו כן, הננו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

א. כי נמסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, אנו מתחייבים להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה שלושה חודשים מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא.

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

נספח 1

מבוא

1. הגדרות

- הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.**
- 1.1. **"הסכם הביטוח"** - הסכם זה שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, נספח א', לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
 - 1.2. **"שנת ביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.3. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
 - 1.4. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.3 שהינו בבעלות פרטית או בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן) ואשר אושר ע"י המבטח.
 - 1.5. **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 ו- 1.4 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח.
 - 1.6. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
 - 1.7. **"בדיקה פתולוגית"** - בדיקת מעבדה הסטולוגית או ציטולוגית או גנטית או אחרת המבוצעת על "חומר ביולוגי" אשר הוצא מגופו של המבוטח במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח במטרה לקבוע את הסוג התאים או את דרך הטיפול המיטבית בחולה או לבחון את מידת יעילות הטיפול שניתן לחולה.
 - 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 ותוך כדי ניתוח המבוצע בבית חולים פרטי או ציבורי (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגולתי, דפיברילטור תוך גופי, לרבות חומרי סינוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים לגידול ישירות או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס), פולימר המוחדר לריות (כדוגמת אריסל) **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה כמפורט בהגדרה שלהלן.** להסרת ספק יובהר כי אם נדרש המבוטח לשלם את עלות השתל או חלקו, הן בבית חולים פרטי והן בבית חולים ציבורי ישתתף המבטח במימון יתרת עלות השתל רק כהשלמה בלבד (מעבר) למשולם אם משולם על ידי ביה"ח או הביטוח המשלים וכנגד הצגת קבלה מקורית או נאמן למקור המעידה על התשלום ששילם המבוטח בעבור השתל ולא יותר מתקרת הכיסוי המפורטת בנספח 2 להלן.

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

- 1.9. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות שטחי יהודה ושומרון, הנמצאים בשליטה מלאה של ישראל.
- 1.10. "חול" - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.11. "הסכם השירות" - הסכם כפי שיהיה מעת לעת בין המבוטח לבין נותן שרות כלשהו בקשר לביטוח זה.
- 1.12. "רופא מומחה" - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום.
- 1.13. "מנתח" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כרופא מומחה מנתח.
- 1.14. "מנתח הסכם" - מנתח כמוגדר בסעיף לעיל, אשר שמו מופיע ברשימת המנתחים שבהסכם המתעדכנת מעת לעת.
- 1.15. "מנתח אחר" - מנתח כמוגדר בסעיף 1.11 לעיל, אשר אינו בהסכם עם המבוטח.
- 1.16. "רופא מרדים" - רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 1.17. "יעוץ לפני ניתוח" - ייעוץ עם רופאים מומחים, בעלי תעודת מומחה.
- 1.18. "חדר ניתוח" - חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל לעריכת הניתוח הרלוונטי.
- 1.19. "טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי ו/או ניתוח אשר ביצעו מחייב קבלת אישור מוועדת הליסינקי
- 1.20. "ועדת הליסינקי" - וועדה לפי סעיף 2 לפרק א' להצהרת הליסינקי, הפועלת מכח תקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם), התשמ"א-1980, והמוסמכת לאשר בין השאר טיפולים ניסיוניים בבני אדם;
- 1.21. "אשפוז" - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע ניתוח במבוטח והקשור בו.
- 1.22. "יום אשפוז" - יממה בת 24 שעות שתחילתה הינה במועד ביצוע הניתוח.
- 1.23. "אח/ות" - אח/ות בעלי תעודות הסמכה של משרד הבריאות.
- 1.24. "ניתוח" - כל פעולה פולשנית חדירתית (INVASIVE Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר או באמצעות גלי קול, אשר מטרתה אבחון, טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חדירתיות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת המלצה

לניתוח וכן דרישה מהרופא המנתח לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), וכולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה ע"י גלי קול. יובהר, כי הכיסוי על פי הגדרה זו אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים. על אף האמור לעיל הזרקות לעמוד השדרה שבוצעו אלקטיבית או במהלך אשפוז, הקפאת תאי גידול (כדוגמת טיפול בקריו) וטיפול בגידול באמצעות גלי רדיו יכללו בהגדרת ניתוח ויכוסו עד סכום הביטוח המרבי כמפורט.

מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.

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

1.25. **"ניתוח אלקטיבי"** – ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשתה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא המבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה, לרבות מרפאת חוץ של בית החולים.

1.26. **"בדיקות"** – בדיקות חוזרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו-אקטיבי ו/או קרני רנטגן ו/או בדיקות מעבדה, ובתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוע. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית חולים.

1.27. **"טיפול מחליף ניתוח"** – טיפול רפואי בטכנולוגיה מתקדמת אשר ידועה במועד הקובע או אשר תהיה ידועה בעתיד, אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק מבוטח או לטפל במבוטח במקרה בו לא קיימת חלופה לטיפול ניתוחי ובתנאי כי מתקיימים בו כל התנאים הבאים יחדיו: הטיפול במבוטח נדרש לצורך טיפול במצבו הרפואי, הרופא אשר קבע את הצורך בטיפול הוא בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הטיפול, האדם אשר מבצע את הטיפול הוא רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל או בחו"ל והטיפול ניתן בבית חולים או במרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) ואשר רשומה כדין בפנקס המרפאות בישראל או בבית חולים או מרפאה בחו"ל.

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

1.29. **"השתלה"** - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של קרנית, ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, שחלה, מעי, כבד, אונת כבד וכל שילוב ביניהם או של חלקיהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצמות או תאי אב מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת מח עצם או תאי אב עצמית. השתלה תכלול גם השתלת איברים מלאכותיים של אחד מהאיברים או חלקיהם המפורטים לעיל וכן השתלת איבר מבע"ח. במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. את ההשתלה, רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל.

ההגדרה שלעיל כפופה לתנאים המצטברים הבאים:

א. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני.

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

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

1.30. **"הוצאות מוכרות"** - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק ראשון בנספח זה.

1.31. **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוח ו/או טיפול רפואי בחו"ל אשר מתקיים בו אחד התנאים המפורטים להלן, וזאת על פי אישורו של רופא מומחה בתחום מטעם המבוטח.

1.31.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.31.2. סיכויי הצלחת הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים מסיכויי ההצלחה בישראל.

1.31.3. זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן סביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה.

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

לא יכלול במסגרת הטיפול המיוחד בחו"ל טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר או חקירה או טיפול לא קונבנציונאלי.

1.31.5. **למען הסר ספק מובהר בזה כי:**

1.31.5.1. **טיפול חלופי הוא טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל**

ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר

להשיג לפחות אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי

טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל ובלבד

שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למבוטח.

מובהר כי טיפול רפואי אשר ניתן למבוטח ולא השיג את

התוצאות הרפואיות המקובלות והמצופות או טיפול רפואי

אשר על פי המלצת רופא מומחה אין טעם לתת למבוטח

כי לא ישיג את התוצאות הרפואיות הנדרשות, לא ייחשב

כטיפול חלופי לטיפול מיוחד בחו"ל.

1.31.5.2. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובמדינת ישראל כאחד.

- 1.32. "נותן שרות" - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.33. "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבטח יהיו הזכאים לקבלת תגמולי הביטוח לפי הוראות הסכם זה.
- 1.34. "חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.35. "חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.36. "תקופת אכשרה" - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבטח מתאריך הצטרפותו לביטוח ו/או ממועד הוספת כיסוי ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות.
- 1.37. "דמי ביטוח" - הפרמיה שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח עפ"י תנאי הפוליסה, לרבות כל תוספת האמורה בפוליסה.

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

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הנו ביצוע השתלה בחו"ל ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.

2. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח וביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל, בתוך תקופת הביטוח עפ"י ההסכם, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין הוצאות המוכרות בגין ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, כמפורט להלן:

2.1. להשתלה ו/או להשתלות אצל נותני שירות שבהסכם - המבטח יישא בהוצאות הרפואיות שלהלן בעת האשפוז - שיפוי מלא.

במקרה וההשתלה תבוצע במבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם השירות ו/או על ידי צוות שאינו בהסכם השירות, תהא חבות המבטח עד תקרת הסכום המוכח הגבוה המשולם בגין השתלה בעת אשפוז בבית חולים מוסכם ו/או על ידי נותני שירות שבהסכם, לא יותר מההוצאה בפועל ובכפוף להגשת קבלות מקוריות ועד תקרה מירבית כמפורט בנספח 3, למעט במקרה של השתלת לב מלאכותי בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית בישראל, בו תהא תקרת הסכום כנקוב בנספח 3.

2.2. לטיפול מיוחד בחו"ל – הסכום המירבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים הינו כמפורט בנספח 3.

2.3. השיפוי ו/או התשלום כמוגדר בסעיפים 2.1 ו- 2.2 לעיל יכללו את ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:

2.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות הרפואיים עבור בדיקות הערכה וטיפולים רפואיים להם נדרש המבוטח בתקופת ההמתנה בחו"ל לפני ההשתלה או הטיפול המיוחד של המבוטח בחו"ל, לרבות כיסוי עלות הטיפות הלוך ושוב לחו"ל למבוטח ולמלווה לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

2.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח בעת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.

2.3.3. שכר כל הצוות הרפואי בעת אשפוז;

2.3.4. בדיקות רפואיות בעת אשפוז;

2.3.5. שירותי מעבדה בעת אשפוז;

2.3.6. תרופות שניתנו למבוטח בעת אשפוז;

2.3.7. הוצאות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה בחו"ל או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 335 יום לאחר ביצועם;

2.3.8. תשלום עבור הוצאות לפעילות רפואית נדרשת לקציר האיבר המושטל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה, איתור תורם מוח עצם - עד הסכום הנקוב בנספח 3;

2.3.9. הוצאות נסיעה לחו"ל עד תקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים, למבוטח ולמלווה אחד, או אם המבוטח הנו קטין - שני מלווים, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 3;

- 2.3.10. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 3;
- 2.3.11. הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד ובמקרה של קטין 2 מלווים וזאת עד לסכום הנקוב בנספח 3;
- 2.3.12. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף לטיפול מיוחד בחו"ל, למקרה ביטוח אחד, ועד לסכום הנקוב בנספח 3;
- 2.3.13. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל - עד לסכום הנקוב בנספח 3;
- 2.3.14. תשלום בגין משתלים מיוחדים, רגילים או מפרישי תרופות, המושתלים בגופו של המבוטח בעת ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. – עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3.

2.4. פיצוי חד פעמי בגין ביצוע השתלה בחו"ל ללא השתתפות המבטח

- התעורר אצל המבוטח צורך רפואי מתועד במסמכים רפואיים לביצוע השתלה כהגדרתה לעיל, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ובחר המבוטח שלא לממש את זכאותו על פי סעיף 2 לעיל, יהיה זכאי המבוטח לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 3 בתנאי שרופא מומחה בתחום הרלוונטי בישראל אישר, כי המבוטח עבר השתלה בחו"ל על פי חוקי המדינה בה היא בוצעה, בתוך תקופת הביטוח ובהתאם להוראות החוק איסור סחר באיברים.
- למען הסר ספק, קיבל המבוטח פיצוי על פי סעיף זה, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים על פי פרק זה, כמפורט בסעיפים 2.1 ו- 2.3 לעיל.**
- 2.5. מבוטח אשר נדרש לבצע השתלה (למעט השתלת קרנית) בחו"ל, בעת היותו מבוטח בהסכם זה, ולא דרש ולא קיבל השתתפות מהמבטח בגין ההשתלה על פי הוראות פרק זה, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך הנקוב בנספח 3. הפיצוי ישולם למבוטח תוך 7 ימים מהיום בו יציג למבטח אישור של המרכז הלאומי להשתלות על הצורך בביצוע השתלה או אישור של שני רופאים מומחים בתחום המאשרים שהמבוטח מועמד להשתלה ובלבד שהמבוטח יחתום על כתב סילוק בו הוא מאשר כי עם קבלת הפיצוי כאמור בסעיף זה, מיצה את מלוא זכאותו למימון ההשתלה על פי פרק זה.

2.6. גמלת החלמה לאחר השתלה

- לאחר ביצוע של השתלת איבר בארץ או בחו"ל, למעט השתלת קרנית או השתלת מח עצם עצמית, ישלם המבטח למבוטח בנוסף לכל תשלום אחר המגיע למבוטח על פי פרק זה, תשלום גמלה חודשית בסך הנקוב בנספח 3 החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל כמפורט להלן: עבור השתלת כבד, לב, לב-ריאה, ריאה, לבלב או מעי תשולם גמלה לתקופה של 24 חודשים. עבור השתלת כליה, שחלות או מח עצם תשולם גמלה לתקופה של 12 חודשים.
- נפטר המבוטח לאחר ביצוע ההשתלה וטרם שולמו לו מלוא התשלומים החודשיים דלעיל, תשולם היתרה למוטביו.

פרק שני – כיסוי מורחב לניתוחים ושירותים רפואיים נלווים

המבטח ישפה את המבוטח בגין ניתוחים ושירותים רפואיים נלווים בארץ ובחו"ל, כדלקמן:

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הנו ביצוע ניתוח, אשר יבוצע על-ידי מנתח הסכם או על-ידי מנתח אחר בבית-חולים פרטי ו/או בית-חולים מוסכם

2. התחייבויות המבטח

המבטח ישפה את המבוטח, בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 2,000 ₪ (למעט בנוגע לסעיף 2.12), באמצעות נותן השירות או כנגד קבלות מקוריות שימציא לו המבוטח, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן, אשר הוצאו בפועל ובלבד שהסכום המירבי אותו ישלם המבטח לא יעלה על הסכום שמפורסם באותו מועד באתר האינטרנט שכתובתו www.clal.co.il בגין אותו שירות ואותו ניתוח (להלן: "הסכום שבאתר האינטרנט"), בקשר להוצאות שלהלן:

2.1. **התייעצויות לפני ואחרי ניתוח** – המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות לפני ניתוח עם המנתח או עם רופא מומחה אחר בתחום הרלוונטי, והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח. כיסוי 80% מההוצאות בפועל ועד תקרת הסכום המופיע בנספח 3

2.2. **שכר מנתח** -

2.2.1. שכר מנתח הסכם - ישולם במלואו ישירות אליו.

2.2.2. שכר מנתח אחר – שיפוי למבוטח בהתאם לסוג הניתוח, עד הסכום ששולם בפועל ולא יותר מהסכום שבאתר האינטרנט.

2.3. **שכר רופא מרדים** - המבטח ישפה את המבוטח בעלות התשלום לרופא מרדים, אך לא יותר מתקרת הסכום שבאתר האינטרנט.

2.4. **הוצאות חדר ניתוח** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום הקבוע בהסכם השירות עבור הוצאות לחדר ניתוח לניתוח מסוג הניתוח שבוצע.

2.5. **דמי האשפוז** - ישולמו ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום ששולם בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע שבהסכם השירות. יכוסו הוצאות אשפוז לתקופה של עד 30 יום.

2.6. **בדיקה פתולוגית** – תשולם ישירות לבית החולים או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום שבאתר האינטרנט.

2.7. **חוות דעת שנייה בפתולוגיה** – תשולם ישירות לנותן השירות או למבוטח בגובה הסכום אשר שולם בפועל, אך לא יותר מתקרת הסכום שבאתר האינטרנט.

2.8. **שכר אחות לאחר ניתוח** - ישולם סכום שלא יעלה על תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 ליום ועד ל- 8 ימי אשפוז בגין ניתוח.

2.9. **שתל** – בוצע במבוטח ניתוח ובמהלך הניתוח הושטל בגופו שתל כמוגדר לעיל, ישתתף המבטח בעלות השתל עד לסכום הנקוב בנספח 3.

- 2.10. **פיזיותרפיה בעת אשפוז** – טיפולי פיזיותרפיה המבוצעים במהלך האשפוז שלאחר הניתוח – כיסוי מלא.
- 2.11. **שירותי הסעה באמבולנס** לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח - המבטח יחזיר למבוטח הוצאות העברה באמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
- 2.12. **המצאת טופס 17** – בוצע במבוטח ניתוח המכוסה ע"פ הסכם זה בבי"ח פרטי בהשתתפות קופת החולים, במידה וימציא המבוטח למבטח טופס 17 – יהיה זכאי המבוטח לפיצוי מיוחד בגובה 50% מההוצאות שנחסכו למבטח.

3. ביצוע הניתוח בבית חולים ציבורי, ללא השתתפות המבטח

- 3.1. בוצע במבוטח ניתוח אלקטיבי כמוגדר לעיל, במערכת הציבורית בישראל בלא השתתפות המבטח בתשלום כלשהו, יפצה המבטח את המבוטח על-פי אחת משתי האפשרויות שלהלן:
- א. פיצוי מיוחד בגובה 50% מהסכום הגבוה ביותר שהיה משולם על-ידי המבטח, כשכר למנתח ההסכם היקר ביותר מבין מנתחי ההסכם, בגין הניתוח שבוצע.
- ב. פיצוי בגין אשפוז בבית-חולים ציבורי כמפורט בנספח 3 בהסכם, לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז הסמוך לפני יום הניתוח של הניתוח הנבחר ולמשך תקופה שלא תעלה על 14 ימים ובתנאי כי המבוטח המציא למבטח דוח אשפוז.
- 3.2. על המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים קטנים א. או ב. לעיל, ולהודיע על בחירתו בכתב למבטח.
- 3.3. **למען הסר ספק, התשלום כאמור בסעיף 3.1 לעיל לא יחול על השתלה ועל ניתוח שאינו עונה להגדרת ניתוח אלקטיבי.**

4. ביצוע ניתוח בחו"ל

- 4.1. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבוטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיף 1 לעיל על כל סעיפי המשנה שבו, כמפורט להלן:
- 4.1.1. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות **באורח מלא וישיר**.
- 4.1.2. בוצע הניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בעבור ההוצאות כמפורט בהסכם זה בהיקף של עד 150% מההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם, כהגדרתו לעיל, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח. במקרה של ניתוח מוח בחו"ל, יהא זכאי המבוטח לשיפוי בשיעור של 200% מההוצאות שהיו משולמות על-ידי המבטח אם היה הניתוח מבוצע בישראל בבית-חולים מוסכם.

4.1.3. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה ע"פ פרק זה בחו"ל והוא נפטר חו"ח, ישלם המבטח את הוצאות הטסת גופתו לישראל עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 3.

4.1.4. במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, החברה תכסה את הוצאות השהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה, לא יעלה הסכום המפורט בנספח 3 להלן לכל יום שהייה, לתקופה מרבית של 30 יום.

5. הוצאות נלוות לניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח בחו"ל

בנוסף לאמור בסעיף 3 לעיל, ישפה המבטח את המבוטח, במקרה של ניתוח לב פתוח ו/או ניתוח מח גם בגין ההוצאות הבאות:

5.1. הוצאות בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד ועד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 3.

5.2. הוצאות שהיית המלווה בחו"ל, עד לתקרת הסכום הנקוב בנספח 3 לכל יום שהייה ועד תקופה מרבית של 30 ימים.

6. כיסויים ייחודיים לפרק הניתוחים

6.1. מענק חד פעמי לפיצוי בגין הדבקות במחלת ה - AIDS ו/או הפטיטיס B או C

6.1.1. מקרה ביטוח – מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ו/או בהפטיטיס B או C כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח המכוסה על פי הסכם זה שבוצע בבית חולים בישראל במהלך תקופת הביטוח.

6.1.2. מהות הכיסוי – מבוטח אשר קרה לו מקרה ביטוח יהא זכאי למענק חד פעמי בסך הנקוב בנספח 3, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים, כי הידבקותו במחלה כאמור לעיל אירעה במהלך ניתוח שבוצע בבית החולים בישראל.

6.2. פיצוי בגין אובדן כושר עבודה מוחלט כתוצאה מסיבוכי ניתוח (למבוגר מגיל 25-67)

6.2.1. מבוטח שאיבד את כושר עבודתו כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח המכוסה על פי הסכם זה, יהיה זכאי לפיצוי בסך הנקוב בנספח 3, לתקופה אשר במהלכה המבוטח הינו במצב של אבדן כושר עבודה ועד 12 חודשים, לאחר תקופת המתנה של 60 יום ובתנאי שהוכח קשר ישיר לביצוע הניתוח.

6.2.2. 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.

6.3. תשלום פיצוי חד פעמי למקרה מוות כתוצאה ישירה מניתוח (למבוטח בין 67-25)

6.3.1. מקרה הביטוח -

מות המבוטח במהלך תקופת הביטוח כתוצאה ישירה מניתוח אלקטיבי המכוסה על פי הסכם זה.

6.3.1.1. תקופת הביטוח לצורך פרק זה :

תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה הינה ממועד כניסת המבוטח לחדר ניתוח בבית חולים לביצוע הניתוח למשך 7 יממות ממועד זה, ובתנאי מפורש כי בתחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה היה הסכם הביטוח בתוקף לגבי אותו מבוטח.

6.3.2. תנאי הכרחי לתשלום מקרה הביטוח הינו ביצוע הניתוח הנבחר במבוטח בפועל.

6.3.2.1. בוצעו במבוטח מספר ניתוחים במעמד אחד, יראו בהם ניתוח יחיד והם יהוו מקרה ביטוח אחד.

6.3.3. סכום הביטוח-

ארע מקרה הבטוח כקבוע בסעיף 6.3.1 לעיל, יפצה המבטח את המוטבים או את יורשיו החוקיים על פי דין של המבוטח בסך הנקוב בנספח 3.

7. חריגים מיוחדים:

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

7.1. ניתוח ניסיוני.

7.2. השתלת איברים ו/או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל המכוסים עפ"י פרק ראשון בנספח 1 לפוליסה זו.

מבוטח העמית בתכנית השב"ן ויבקש לרכוש החלופה לכיסוי מלא לניתוחים עפ"י פרק זה, כיסוי ניתוחים מעבר לשב"ן, יוכל לעשות זאת בהתאם לתנאים שייקבעו על ידי המבטח ותמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בטופס ההצטרפות לביטוח הקבוצתי. ניתן לקבל פירוט באתר האינטרנט של המבטח.

פרק שלישי – טיפולים מחליפי ניתוח

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הנו ביצוע טיפול חלופי לניתוח המכוסה עפ"י הסכם זה, על פי קביעת רופא מומחה בתחום בו נדרש הניתוח.

2. התחייבות המבטח

המבטח יהא זכאי לבצע טיפולים רפואיים הנעשים כתחליף לניתוח כנגד הצגת קבלות מקוריות ובכפוף לתנאים המצטברים הבאים:

- ישנה קביעה מאת רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי על הצורך לביצוע הניתוח.
- המבטח זכאי לכיסוי בגין הניתוח על פי תנאי הסכם זה.
- ישנה המלצה של רופא מומחה בתחום הרלוונטי על ביצוע הטיפול הרפואי כתחליף לניתוח.
- הטיפול החלופי יבוצע באישור ותיאום מראש ובכתב של המבטח בישראל בלבד.

השיפוי בגין הטיפול החלופי שיבוצע הינו עד תקרת הסכום שהיה משולם בגין הניתוח אותו מחליף הטיפול לו היה מבוצע אצל ספקי שירות שבהסכם עם המבטח. נזקק המבטח בביצוע הניתוח לאחר ביצוע הטיפול החלופי, יהיה זכאי לשיפוי בגין הניתוח על פי הסכם זה בקיזוז הסכום ששולם למבטח בגין הטיפול החלופי במידה ובתוך 12 חודשים ממועד הטיפול החלופי (במידה ומדובר בסדרת טיפולים מתום הטיפול האחרון) בוצע הניתוח שבמקומו בוצע הטיפול החלופי. במידה והניתוח יבוצע לאחר שחלפו 12 חודשים ממועד הטיפול החלופי, לא יקוזזו הסכומים הנ"ל, ויראו בניתוח המבוצע ניתוח חוזר.

3. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, ובנוסף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 14 להסכם ולחריגים הקבועים בפרק השני להסכם, פרק זה אינו מכסה את המקרים כדלקמן:

- 3.1 טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומאופתיים, אקופונקטורה והיפרתרמיה.
- 3.2 טיפולי פיזיותרפיה ו/או טיפולים כימותרפיים ו/או טיפולים היפותרמיים.
- 3.3 טיפולים חלופיים שהנם ניסיוניים.
- 3.4 טיפולים חלופיים שבוצעו מחוץ לישראל.

פרק רביעי – ייעוץ רפואי מיוחד

נתגלתה במבוטח מחלה קשה (כמפורט להלן) יהיה זכאי לעד שני ייעוצים אצל רופאים מומחים שבהסכם עם המבטח. התשלום יועבר ישירות לרופא ההסכם. אם הייעוץ יתבצע על ידי רופא אחר שאינו בהסכם עם המבטח, יוחזרו למבוטח הוצאותיו עד תקרת הסכום ננקוב בנספח 3 בגין כל ייעוץ ולא יותר מההוצאה בפועל.

1. הגדרת מחלות קשות

1.1.1. סרטן - (Cancer)-

1.1.1.1. נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין. מקרה הביטוח אינו כולל:

1.1.1.1.1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.

1.1.1.1.2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002.

1.1.1.1.3. מחלות עור מסוג:

1. Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma ;

2. מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma

אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

1.1.1.1.4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS.

1.1.1.1.5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 No Mo

TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד

ל-6 (כולל).

1.1.1.1.6. לוקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L).

1.2. אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure) -

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או צורך בהשתלת כליה.

1.3. שבץ מוחי (CVA) -

כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נירולוגיות או חוסר נירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נירולוגי קבוע ובלתי הפיך, הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI, הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו – בזילרית ו-TIA.

1.4. התקף לב חריף – (Acute Coronary Syndrome)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

1.4.1. כאבי חזה אופייניים.

1.4.2. שינויים חדשים באק"ג האופייניים לאוטם.

1.4.3. עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

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

1.5. נכות מלאה ותמידית

המבוטח ייחשב כבעל נכות מוחלטת ותמידית אם כתוצאה מתאונה או מחלה נשללה ממנו לחלוטין ולצמיתות האפשרות לעסוק בתעסוקה כלשהי או לעשות עבודה כלשהי תמורת תגמול או רווח. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, אובדן מוחלט ולצמיתות של כושר השימוש בשתי גפיים, יחשבו לנכות מוחלטת ותמידית לעניין פרק זה.

פרק חמישי - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בפרק המבוא לנספח זה, יחולו על פרק זה הגדרות נוספות שלהלן:

בית-מרקחת - מקום המורשה על-פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור (להלן "נותן השירות").

טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

מרשם - מסמך רפואי החתום על-ידי רופא מומחה או על ידי רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר בתחילת הטיפול וכל 3 חודשים במהלך הטיפול את הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. מרשם על-פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.

סכום השיפוי המרבי - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבוטח בעבור תרופה על-פי פרק זה.

סל הבריאות הממלכתי - מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות על-ידי קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994 או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן.

רופא מומחה - רופא, שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנדרש לטיפול בתרופה.

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 ואשר אינו כלול בסל שירותי הבריאות כלל או כלול בסל שירותי הבריאות לאינדיקציה שונה מזו שבגינה הוא נדרש למבוטח ובלבד שהתרופה מאושרת לשימוש במחלתו של המבוטח.

תרופה מאושרת לשימוש במחלתו של המבוטח משמעה לעניין פוליסה זו היא: אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן - **המדינות המוכרות**): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA). או שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסומי ה-FDA או בפרסומים רפואיים מוכרים אחרים.

רופא בית חולים-

רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלבנטי למחלת המבוטח, בגינה נדרשת התרופה (לא כולל רופא בתקופת סטאז').

2. מקרה הביטוח

הצורך בטיפול תרופתי במבוטח באמצעות תרופה אשר אינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי אשר אושרה להתוויה הנדרשת למבוטח ע"י רשות מוסמכת בישראל ו/או בארה"ב (FDA) ו/או במדינות מערב אירופה, ו/או קנדה ו/או אוסטרליה.

או כיסוי לתרופות הכלולות בסל הבריאות הממלכתי אך לא להתוויה הרפואית אשר לשמה נדרשת התרופה למבוטח ובלבד שההתוויה הנדרשת למבוטח אושרה ע"י רשות מוסמכת בישראל ו/או ארה"ב ו/או מדינות מערב אירופה ו/או קנדה ו/או אוסטרליה.

למען הסר ספק יובהר כי יינתן כיסוי עפ"י פרק זה גם במקרה שקיימת תרופה חלופית בסל הבריאות, וזאת בכפוף להוראות ההסכם על נספחיו.

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי מבוטח אשר אירע לו מקרה ביטוח במהלך תקופת ההסכם הקודם ולפני כניסת הסכם זה לתוקף ובשל כך, החל בטיפול תרופתי ו/או נופק עבורו מרשם בגין תרופה ו/או תועדה בתיקו הרפואי קביעה אודות הצורך בשימוש בתרופה, והמבטח הקודם יסרב לשאת בתגמולי הביטוח, יהא המבוטח זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בגין תרופה זו, עפ"י פרק התרופות כמפורט בהסכם זה, ובכפוף לכך שהמבוטח יחתום למבטח על כל מסמך הנדרש על מנת לאפשר למבטח לפעול לשיבוב התביעה מול המבטח הקודם. למען הסר ספק יובהר כי מקרי ביטוח שנדחו בתקופת הביטוח הקודמת על ידי המבטח הקודם, לא ישולמו על ידי המבטח של פוליסה זו.

על אף האמור לעיל אם לאחר כניסתו של נספח זה לתוקף יידרש למבוטח טיפול בתרופה אחרת בשל החמרה במצבו הבריאותי, אשר תיבחן עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים, תכוסה התרופה האחרת בכפוף להוראות ההסכם ונספח זה. במקרה זה לא יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י ההסכם הקודם ותביעתו לקבלת תגמולי ביטוח בגין התרופה האחרת תבחן עפ"י הוראות ההסכם זה.

3. התחייבות המבטח

- המבטח יספק למבוטח את התרופה או ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח עפ"י בחירתו ושיקול דעתו של המבטח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי לפי תנאי פרק זה. המבוטח יהא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח בקיזוז השתתפות עצמית בסך 200 ₪. ובמקרה של כמה מרשמים בו זמנית בקיזוז השתתפות עצמית מקסימלית בסך 400 ₪. והכל, בכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:
- 3.1. המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה ויציג מרשם החתום על-ידי רופא מומחה. קבלת האישור כאמור הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח עפ"י פרק זה.
 - 3.2. השיפוי המרבי לכל תקופת ביטוח בת 3 שנים אותו ישלם המבטח למבוטח יהיה כנקוב ברשימת גבולות אחריות המבטח המפורטים בנספח 3 להסכם.
 - 3.3. לאחר מיצוי סכום הביטוח למקרה ביטוח החדש כנ"ל, יבוטל פרק זה למבוטח.
 - 3.4. המבטח ישפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בשיעור שלא יעלה על הנקוב בנספח 3 להסכם, למשך תקופה שלא תעלה על 45 יום.

4. הגבלת חבות המבטח מחוץ לגבולות ישראל

- 4.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטח לתשלום תגמולי הביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל 120 ימים בלבד בכל שהייה מחוץ לגבולות ישראל, אלא אם הסכים המבטח מראש ובכתב לקבל אחריות בהיקף שונה.
- 4.2. חזר המבוטח לישראל והוכיח למבטח את זכאותו לתגמולי הביטוח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח כל עוד הוא זכאי לכך על-פי תנאי ביטוח נוסף זה.

5. חריגים מיוחדים לפרק זה:

- בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, ובנוסף לחריג מצב רפואי קודם כמפורט בסעיף 15 להסכם, פרק זה אינו מכסה את המקרים כדלקמן:
- 5.1. מקרה הביטוח התקיים לפני מועד התחלת הביטוח על-פי ביטוח נוסף זה.
 - 5.2. התרופה הינה תרופה ניסיונית.
 - 5.3. התרופה ניתנת למבוטח נושא נוגדנים למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).
 - 5.4. התרופה ניתנת למבוטח הנושא נוגדנים לצהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או אם למבוטח אנטיגן של צהבת B (Hepatitis B) בדמו.
 - 5.5. התרופה ניתנת לטיפולים קוסמטיים או אסתטיים ו/או לדיאטה ו/או לגמילה מעישון.
 - 5.6. התרופה היא לטיפול במחלות נפש ו/או לטיפולים נפשיים.
 - 5.7. התרופה היא לטיפול בבעיות שיניים או חניכיים.
 - 5.8. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, ויטמינים או חיסונים או תוספי מזון.

- 5.9. למען הסר ספק, מובהר כי תכשירי מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים (להלן: "תוספי מזון") שהצורך בהם נקבע על ידי רופא מומחה, בשילוב עם טיפול תרופתי במחלתו של המבוטח, לא יכללו במסגרת החריגים לפרק זה.
- 5.10. תרופה נדרשת לטיפול במקרה ביטוח הנובע משתיית משקאות משכרים ו/או התמכרות לסמים האסורים לפי החוק ו/או שימוש בהם.
- 5.11. שירותו של המבוטח בצבא או במשטרה, אם המבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי.
- 5.12. פגיעה כתוצאה ממלחמה או כתוצאה משימוש או הפעלת נשק ביולוגי, כימי או גרעיני.

פרק שישי – טיפולי שיניים

1. עקירת שיניים כירורגית וניתוחי חניכיים

1.1. עקירה כירורגית

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין תשלומים ששילם לרופא שיניים עבור ביצוע עקירה כירורגית של שן במהלך תקופת הביטוח ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 לכל עקירה, אך לא יותר מארבע עקירות בכל תקופת הביטוח.

1.2. ניתוחי חניכיים

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין תשלומים ששילם לרופא פריודנט עבור ביצוע הטיפולים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח. תגמולי הביטוח יינתנו למבוטח כנגד הצגת קבלות מקוריות בגין ביצוע הבדיקה או הפעולה בכפוף למספר הסקסטנטים שבוצעו בפועל ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 בגין כל אחת מהפעולות.

1.2.1. בדיקה פריודנטלית.

1.2.2. הקצעת שורשים.

1.2.3. כריתת חניכיים.

1.2.4. ניתוח מטלית (כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים).

פרק שביעי – שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. הגדרות

הגדרות אלו הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק המבוא ולהגדרות שלעיל:

- 1.1. "מעבדה" – מעבדה רפואית המוכרת על-ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.
- 1.2. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" – בדיקות מעבדה, רנטגן, אק"ג, בדיקות הדמיה, אולטרסאונד (U.S.), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקת תהודה מגנטית (MRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.
- 1.3. "בדיקות הריון" –
 - 1.3.1. סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה-X השביר, קנוון.
 - 1.3.2. בדיקת חלבון עוברי.
 - 1.3.3. בדיקת שקיפות עורפית.
 - 1.3.4. בדיקת סיסי שליה או בדיקת מי שפיר.
 - 1.3.5. סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.6. סריקה על קולית מאוחרת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.3.7. מוניטור ביתי לניטור הריון בסיכון גבוה.
- 1.4. "ניתוח גדול" – ניתוח גדול כהגדרתו במסגרת פרק זה הוא: השתלה, ניתוח לב מכל סוג שהוא, ניתוח להחלפת פרק ירך או פרק ברך, ניתוח תוך מוחי, ניתוחי עמוד שדרה.

2. 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.

3. תנאים מוקדמים להתחייבות המבטח

קביעת הצורך בבדיקות רפואיות אבחנתיות וההפניה אליהן תעשה על ידי רופא מומחה.

4. התחייבות המבטח

4.1. 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. המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין התייעצות, ועד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 לכל התייעצות ולא יותר משתי (2) התייעצויות בכל שנת ביטוח לכל מבוטח.

4.2. בדיקות רפואיות אבחנתיות

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות ביצוע בדיקות הדמיה כמפורט בסעיף 1.2 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 3 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שהבדיקה בוצעה על פי הפניית רופא מומחה בכתב לשם אבחון בעיה רפואית. במידה והמבוטח מבצע את הבדיקה האבחנתית במסגרת הקופה ומשלם השתתפות עצמית בלבד. מסמך ההשתתפות העצמית יהווה אישור לתשלום במקום קבלה מקורית לצורך קבלת החזר הכספי מהמבטח

4.3. בדיקות הריון

המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות הריון כמוגדר בסעיף 1.3 לעיל ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 3.

בחר המבוטח לבצע את הבדיקות המוגדרות בסעיף 1.3 לעיל, באמצעות תכנית השב"ן בה הוא עמית (הביטוח המשלים), ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, ישפה המבטח את המבוטח בגובה סכום ההשתתפות העצמית בה המבוטח נשא והמבוטח לא יהיה חייב בתשלום השתתפות עצמית בגין בדיקות ההריון כאמור לעיל.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 9 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

4.4. טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים לאחר ניתוח :

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי שבהסכם או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד 12 טיפולים לשנה למבוטח, עד הסכום הנקוב בנספח 3 לטיפול, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%. המבוטח יהיה רשאי לקבל טיפול פיזיותרפי על פי הוראות פוליסה זו ובלבד שהטיפול הומלץ על ידי רופא אורתופד מומחה לאחר ניתוח.

4.5. טיפולי הפריה חוץ גופית

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי הפריה חוץ גופית (I.V.F), בתנאי שהטיפול יבוצע על פי הפניית רופא מומחה בתחום לקויי פריון בישראל **ובתנאי ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה** (למעט מקרים של עובד/ת חד הורי ועובדת שבן זוגה מבוטח בביטוח בריאות קבוצתי אחר), וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 לכל ילד ועד שני ילדים.

תקופת אכשרה בסעיף זה – 9 חודשים ממועד הצטרפות המבוטח להסכם זה.

במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

4.6. טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל תמורת טיפולי רדיותרפיה ו/או כימותרפיה לרבות טיפולי היפרתרמיה הניתנים למבוטח במהלך תקופת הביטוח בין ע"י תשלום ישירות לבית החולים או למבוטח עצמו, אך לא יותר מתקרת הסכום הנקוב בנספח 3 בגין כל הטיפולים במהלך שנת ביטוח אחת.

4.7. בדיקות לגילוי מוקדם של גנים סרטניים

המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששילם בפועל בגין בדיקות לאבחון חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות סרטן השד, סרטן המעי הגס וסרטן השחלות, במידה ואחד מבני משפחתו של המבוטח מקרבה ראשונה חלה במחלת הסרטן.

4.8. בדיקה גנטית לאפיין הגידול

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגין בדיקות גנטיות לאבחון הגדול כגון בדיקת אונקוטסט, אך לא יותר מהסכום הנקוב בנספח 3 למקרה ביטוח אחד בכל תקופת ההסכם.

4.9. החלמה לאחר אירוע לב

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהייה בבית החלמה לאחר השתלת לב או ניתוח לב, בתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב עפ"י הוראות רפואיות וזאת רק אם השהייה במוסד ההחלמה הייתה מיד לאחר שחרורו מבית החולים וכל זאת עד 80% מההוצאה ולא יותר מתקרת הסכום הנקובה בנספח 3 להסכם.

4.10. התעמלות שיקומית לאחר ניתוח גדול

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא בפועל עבור התעמלות שיקומית לאחר ניתוח גדול לאחר ובסמוך לביצוע הניתוח, בתנאי שמצבו הבריאותי של המבוטח מחייב זאת עפ"י הוראה רפואית, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 להסכם.

4.11. מנוי למשדר קרדילוגי

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות מנוי למשדר קרדילוגי בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או בתנאי שהמבוטח זקוק עפ"י אישור רופא מומחה למנוי כזה מיד לאחר שעבר אוטם בשריר הלב, וזאת עד תקרת הסכום הנקוב בנספח 3 להסכם.

4.12. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי: או טיפול ב- amblyopia

המבטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה וזאת עד הסכום הנקוב בנספח 3 ועד 12 טיפולים.

4.13. טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מהסכום הנקוב בנספח 3 ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

4.14. אביזרים רפואיים:

המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות לרכישת פאה לחולה אונקולוגי, משאבת אינסולין לחולה סכרתי וסד גבס קל עד הסכומים הנקובים בנספח 3 בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של 20%.

4.15. כיסוי לחוות דעת שנייה בחו"ל-

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות בעבור חוות דעת שנייה אצל רופא מומחה מחו"ל בהקשר לבעיה רפואית ממנה סובל המבוטח, אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח עבור חוות הדעת ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח, על פי האמור בנספח 3 להלן, הנמוך מביניהם, ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום. תכוסה חוות דעת אחת בכל שנת ביטוח לכל מקרה ביטוח.

4.16. כיסוי לחוות דעת לבדיקה פתולוגית-

המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות או נאמן למקור, עבור חוות דעת פתולוגית בארץ או בחו"ל, לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהיסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת על ידי רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח או אופי הטיפול לא הוא נידרש. אך לא יותר מההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בפועל עבור חוות הדעת/הבדיקה ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח על פי האמור בנספח 3 להלן, הנמוך מביניהם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. ובלבד שחוות הדעת ניתנת על ידי רופא מומחה בתחום. תכוסה חוות דעת אחת בכל שנת ביטוח לכל מקרה ביטוח.

4.17. עד ליום 31.03.2014 יחול הסעיף הבא: שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים

4.17.1. המנוי יהא זכאי לקבל, לפי שיקול דעתו הבלעדי, שירותי חירום ועזרה ראשונה ברפואת שיניים כמפורט להלן, ושירותים אלה בלבד, וזאת באמצעות מרפאות שיניים ברחבי הארץ (את רשימת מרפאות השיניים באזור מגורי המנוי ניתן לקבל במוקד השירות) (להלן - "שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים"):

עששת נרחבת - סתימה זמנית.

חלל פתוח בשן - סתימה זמנית.

צוואר שן חשוף - חומר למניעת רגישות.

דלקת חריפה - עקירת עצב או חומר חניטה.

מורסה ממקור שן - ניקוז מורסה ו/או טיפול בסגר.

דחיסת מזון - טיפול בחניכיים.

דלקת סב כותרתית - שטיפה ו/או טיפול תרופתי.

דלקת חניכיים - הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי.
כאבים לאחר עקירה - שיכוך כאבים.
מכתשית יבשה - ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי.
דימום לאחר עקירה או פרוצדורה כירורגית - עצירת דימום.
פצעי לחץ תחת תותבת קיימת - שחרור פצעי לחץ.
נפילת כתרים - הדבקה זמנית.
כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים - יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.
בדיקה וצילום השיניים הכאבות.
מתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת.

4.17.2. כל טיפול החורג מגדר שירותי עזרה ראשונה ברפואת שיניים יינתן בתשלום, לפי בקשת המנוי.

שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, **למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום**, ובכפוף לאמור להלן:
בין השעות 20:00 עד 08:00 בבוקר למחרת - שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק במרפאות תורניות הנמצאות בירושלים, תל-אביב, חיפה ובאר שבע.
נזקק המנוי לשירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, יפנה המנוי טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, וימסור את הפרטים המצוינים בסעיף 4.17.1 לעיל. מוקד השירות יפנה את המנוי למרפאת השיניים התורנית הקרובה. מובהר, כי שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו אך ורק לפי הפניה של מוקד השירות כאמור לעיל.
שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים יינתנו כנגד הצגת תעודת זיהוי.

4.17.3. אחריות

מובהר בזאת כי מרפאות השיניים הן המעסיקות של רופאי השיניים שיתנו את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים על פי כתב שירות זה, והן בלבד תהיינה אחראיות לכל טיפול שיתנו רופאי שיניים אלה לפי כתב שירות זה.
מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תהא מרפאת השיניים הרלוונטית שתיתן בפועל את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, והיא בלבד, אחראית לכל נזק, אובדן לגוף או לרכוש שייגרם למנוי או לכל אדם אחר תוך כדי ו/או עקב מתן שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים, אם בשל מעשה ו/או בשל מחדל, אם נזק ישיר ואם נזק עקיף, וכי החברה לשירותים רפואיים ו/או כל מי מטעמה שיארגן את שירותי העזרה הראשונה ברפואת שיניים (למעט מרפאת השיניים עצמה) ו/או המבטחת לא תהיה אחראית כלפי המנוי בכל מקרה ובכל עניין

החל מיום 01.04.2014 יחול הסעיף הבא: טיפול חירום בשיניים

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפול לעזרה ראשונה ושינוך כאבים במקרה של כאבי שיניים המחייב טיפול מתוך רשימת הטיפולים ובלבד שהמטופל לא זומן לפגישה מראש:

- עצב מודלק.
- ניקוז מורסה משן נגועה.
- מתן מרשם מתאים לשינוך כאב, במידה שלא ניתן לטפל בשן מיידית.
- פפליטוס עקב דחיסת מזון.
- דלקת חניכיים חריפה עם כאבים.
- פריקורוניטיס.
- הורדת נקודת לחץ של תותבת.

לכל אחד מטיפולי החירום – יינתן החזר של עד תקרת הסכום של 118 ₪. בגין טיפולי חירום שיינתנו לאחר השעה 21.00 או בשבתות ובחגים – החזר של עד 232 ₪. והכל עד ל-5 טיפולי חירום בכל שנת ביטוח.

5. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על כל פרקי ההסכם ועל כל נספחים, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח ו/א ושיפוי למבוטח במקרים הבאים:

- 5.1 עבור בדיקות אשר אינן כלולות כמקרה ביטוח על פי הסעיפים 1.2–1.3 לעיל, על כל סעיפי המשנה שבהם.
- 5.2 עבור שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירותים התחייב לתת בעתיד.
- 5.3 בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.

פרק שמיני - שירותים רפואיים ייחודיים – כתבי שרות

1. כתב שירות רופא עד הבית

<p>פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").</p>	<p>השירות ניתן על ידי:</p>
<p>לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.</p>	<p>הזכאות לשירות ניתנת:</p>
<p>שירותי רופא עד הבית מטעם נותן השירות, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 25 ₪ מטעם המנוי בכל מקום בו יימצא המנוי למעט יהודה, שומרון (אך לרבות מעלה אדומים)*, כל ימות השנה (למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום).</p>	<p>השירותים למנוי:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. קבלת אנמנזה רפואית (תולדות מחלה) מהמנוי הזקוק לשירות (להלן: "החולה"). 2. בדיקה גופנית של החולה על ידי רופא מטעם נותן השירות במכשירים שלהלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון, פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם קרדיו ביפר, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא. 3. קבלת אבחנה רפואית. 4. מתן תרופות ראשוניות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 5. מתן מרשם לתרופות - לפי שיקול דעתו של הרופא. 6. הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה /או רופא ילדים. 7. הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, המתנה עם המנוי ומתן טיפול עד הגיע האמבולנס עם צוות רפואי. 8. מתן תעודה רפואית. 	<p>שירות זה כולל:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. התקשרות המנוי למוקד השירות בטלפון 03-6388408 או 5590*, הזדהות המנוי ובקשה לשליחת רופא תוך ציון כתובת. 2. טווח הגעה משוער של הרופא מרגע הפנייה למוקד: <ul style="list-style-type: none"> - בשעות הבוקר (7:00 - 19:00) - עד שלוש שעות. - בשעות הערב / לילה - (7:00-19:00) - עד שעתיים. 3. תשלום ההשתתפות העצמית ע"י המנוי ישירות לרופא נותן השירות כנגד קבלה/חשבונית מס כד"ן. 	<p>אופן קבלת השירותים:</p>
<p>כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.</p>	<p>תוקף כתב השירות:</p>

אם פעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, כוח עליון וכיוצא בזה.	באילו מקרים אין נותן השירות אחראי למתן השירותים:
המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.	אחריות המבטח:

* ברמת הגולן השירות ניתן בקצרין בלבד.
 בבקעת הירדן, רשאי נותן השירות שלא ליתן את השירות משיקולי בטיחות הנסיעה, והמבוטח רשאי לפנות לרופא שהוזמן על ידו באופן עצמאי ולקבל החזר עד לסך של 150 ₪

2. כתב שירות - שירותי מעבדה עד הבית

השירות ניתן על ידי: פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות אחר שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

הזכאות לשירות ניתנת: לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

השירות לא יינתן לתינוקות מתחת לגיל 6 חודשים, ובדיקות דם לא יילקחו מילדים מתחת לגיל 5 שנים.

- השירותים למנוי:
1. שירותי "מעבדה עד הבית" יכללו בדיקות מעבדה המפורטות להלן: דגימת דם; משטח גרון; דגימת שתן; משטח אף; תרבית/יות שתן; משטח אוזן; משטח עין. לקיחת הדמים מתייחסת ללקיחת דם ורידי בלבד.
 2. השירות שדלעיל, יינתן על ידי רופא ו/או אח, הרשאים על פי כל דין לבצע את לקיחת הדגימה/תרבית/משטח נשוא כתב שירות זה אשר התקשרו עם נותן השירות בהסכם למתן השירות הנ"ל למנוי (להלן: "מבצע השירות").
 3. לקיחת הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי תעשה ע"י נותן השירות בביתו של המנוי או במקום עבודתו. נותן השירות יעביר את הדמים/דגימות השתן/המשטח הרלוונטי לאחת ממעבדות ההסכם עמו קשור נותן השירות. מבצע השירות יהא רשאי להחליט על פי שיקול דעתו המקצועי, כי מן הראוי כי לקיחת הדגימה/ תרבית/ משטח תהא בתנאי מעבדה, ובמקרה זה לא יינתן השירות על פי כתב שירות זה.

4. השירות לא יכלול: בדיקת חומציות, אמוניה, איסופי שתן, העמסת סוכר, תרבית וגינלית, אינסולין, פטריות, לקטאט, בדיקות גנטיות.

אופן קבלת השירותים: 1. התקשרות המנוי למוקד המבטח שמספרו 03-6388408 או 5590*.

2. המנוי יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה הינו זכאי לשירות.

3. השירות יינתן אך ורק כנגד תעודה המזהה את המנוי בהצגת טופס הפניה לבדיקות מעבדה, הנושא את שם המנוי, בחתימת הרופא המטפל במנוי, אך ורק לגבי הבדיקות הכלולות בשירות למנוי והמצוינות בטופס הפניה.

4. השירות יינתן במועד אשר יתואם עם המנוי מ- 6.30 עד 22.30. בימי שישי וערבי חג מ- 6.30 עד 12.30.

5. שירותי "מעבדה עד הבית" ניתנים בכל מקום ישוב בישראל למעט יהודה שומרון וחבל עזה, לרבות מעלה אדומים. ברמת הגולן יינתן השירות בקצרין או בישוב אחר באזור. מנוי הנזקק לשירות באזור זה יצטרך להגיע בכוחות עצמו ועל חשבונו אל מבצע השירות לפי הכתובת שתימסר לו על ידי מוקד השירות.

6. תוצאות הבדיקות תועברנה למנוי באמצעות הדואר או בפקסימיליה.

7. על המבוטח לשלם ישירות למבצע השירות דמי השתתפות עצמית בסך 45 ₪ בגין כל מנוי שניתן לו השירות במסגרת אותו ביקור. סך זה כולל מע"מ.

תוקף כתב השירות: כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

מקרים בהם אין נותן השירות אחראי למתן השירותים: במקרה שפעילות נותן השירות תיפגע ממלחמה או גיוס כללי, מחסור כללי זמני נותני שירות או במעבדות באזור הרלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש המהווה כוח עליון.

אחריות: 1. המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

2. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר עם נשוא כתב שירות זה.

3. כתב שירות - מוקד מידע טלפוני

3.1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

"**נותן השירות**" - פמי פרימיום בע"מ (להלן: "**פמי**") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "**נותן השירות**").

"**המנוי**" - מבטחי כלל חברה לביטוח בע"מ בפוליסה תקפה שכתב שירות זה צורף אליה (להלן: "**המנוי**"). לעניין זכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה, יראו כמנוי גם את בן זוגו של המנוי, ילדיהם והוריהם, הגרים עם המנוי תחת קורת גג אחת.

"**רופא**" - רופא בעל רישיון מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לעסוק ברפואה, אשר התקשר עם נותן השירות למתן שירות לפי כתב שירות זה.

"**מוקד השירות**" - מוקד טלפוני שמספרו **03-6388408** או ***5590** שיעביר את קריאות המנוי לרופא. החברה רשאית לשנות את מספר הטלפון של מוקד השירות.

כתב שירות זה מנוסח מטעמי נוחות בלבד בלשון זכר - עמך הסליחה.

השירות

3.2. מוקד מידע וייעוץ רפואי

המנוי יהיה זכאי לקבל שירותי יעוץ רפואי טלפוני כמפורט להלן:

3.2.1. יעוץ רפואי ראשוני, 24 שעות ביממה, ע"י רופא כללי.

3.2.2. בהתאם לשיקול דעתו של הרופא ולהסכמתו של המנוי יתואם למנוי יעוץ טלפוני ע"י רופא מומחה בנושאים הבאים:

3.2.2.1. **שירותי מידע ברפואת ילדים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים.

3.2.2.2. **שירותי מידע ברפואת משפחה** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה.

3.2.2.3. **שירותי מידע ברפואת נשים** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת נשים וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים

3.2.2.4. **שירותי מידע ברפואה גריאטרית** - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה, על ידי רופא מומחה ברפואה גריאטרית.

3.2.2.5. **שירותי ייעוץ טלפוני עם פסיכולוג** - מתן ייעוץ טלפוני באמצעות פסיכולוג, 24 שעות ביממה.

3.2.3. הייעוץ הטלפוני ע"י הרופא המומחה יתואם תוך 24 שעות ממועד ההפניה לייעוץ ע"י רופא מומחה מלבד הייעוץ הפסיכולוגי אשר יעשה תוך 4 שעות מרגע קבלת הפניה הטלפונית במוקד השירות.

3.2.4. מובהר במפורש, כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של נותן השירות לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שיחה טלפונית וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים.

3.2.5. **למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השירות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המנוי, יודיע זאת לפונה נותן השירות עצמו.**

3.2.6. מובהר, כי שירותי יעוץ אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים אל פנים, בכל מקום שהיא דרושה.

3.2.7. מוקד השירות יופעל לקבלת פניות של מנויים לקבלת שירותי יעוץ על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה **למעט יום כיפור.**

3.3. כללי

3.3.1. השירות יינתן במשך 24 שעות ביממה, 7 ימים בשבוע, **למעט משעה 14:00 בערב יום כיפור עד שעתים לאחר תום הצום.**

3.3.2. נזקק המנוי לשירות, יפנה טלפונית למוקד השירות במספר הטלפון המצוין לעיל, יזדהה בשמו, שם הלקוח ומס' הטלפון של בית המנוי. המנוי ימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.

3.3.3. מבלי לגרוע מזכאותם לשירות של בן זוגו של המנוי, ילדיהם והוריהם, הגרים עם המנוי תחת קורת גג אחת, הזכאות לשירות הינה למנוי בלבד באופן אישי ואין היא ניתנת להמחאה ו/או להסבה לכל אדם אחר.

3.3.4. בקבלתו את כתב שירות זה ובשימוש בשירות על פיו מסכים המנוי, כי לשם מתן השירות הוא, וכל חולה הזכאי בגינו לשירות, ימסור לפמי ו/או לכל רופא מטעמה את מלוא המידע הרפואי הידוע לו.

3.4. תוקפו של כתב השירות

3.4.1. כתב שירות זה יהיה בתוקף בתקופה שהודעה לפמי ע"י הלקוח, ובלבד שדמי המנוי שולמו במלואם ע"י המנוי. במועד תום תקופת תוקפו של כתב שירות זה, יפסיק נותן השירות את מתן השירות על פי כתב שירות זה מבלי שיהא מחוייב לתת למנוי הודעה כל שהיא בקשר לכך.

3.4.2. מובהר בזה, כי כתב שירות זה אינו מקנה זכויות כלשהן למנוי, אלא ללקוח בלבד.

3.5. אחריות

3.5.1. אחריותו של נותן השירות לפי כתב שירות זה הינה להעברת הקריאה שהתקבלה במוקד השירות לנותן השירות בלבד. האחריות בגין איכות השירות (לרבות בגין רשלנות רפואית או אחרת) תחול על נותן השירות בפועל בלבד.

3.5.2. מחויבותו של נותן השירות כלפי המנוי בטיפולו בפניה של מנוי לקבלת השירות תסתיים בהתרחש המוקדם מהאירועים המפורטים להלן:
א. מתן הייעוץ הטלפוני.

ב. ביטול הקריאה לקבלת השירות ע"י המנוי.

3.6. שונות

- 3.6.1. כל השירותים עפ"י כתב שירות זה ינתנו ללא השתתפות עצמית של המבוטח.
- 3.6.2. כל הודעה שעל פמי למסור למנוי, תועבר ללקוח, אשר מתחייב להעבירה למנוי הקדם האפשרי.
- 3.6.3. בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה יהא מוסמך לדון אך ורק ביהמ"ש המוסמך עניינית לדון במחלוקת במחוז תל אביב-יפו.

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

4. כתב שירות ליעוץ פסיכולוגי

4.1. השירות ניתן על ידי:

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

4.2. הזכאות לשירות ניתנת:

לכל מבוטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

4.3. יעוץ טלפוני

יעוץ פסיכולוגי טלפוני ינתן 24 שעות ביממה, בכל ימות השנה, למעט בערב יום כיפור מהשעה 14.00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

המנוי יהיה זכאי ליעוץ פסיכולוגי טלפוני ע"י מטפל (פסיכולוג קליני ו/או עובד סוציאלי קליני) בנושאים הקשורים לפרט, לזוגיות ולמשפחה, לילדים, מתבגרים ומבוגרים.

ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:

- א. התמודדות עם מוות במשפחה.
- ב. התמודדות עם מחלות כרונית, מחלות סיעודיות ומחלות חשוכות מרפא.
- ג. התמודדות עם ניתוחים.
- ד. התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית החולים.
- ה. התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה ו/או נכות, בעקבות תאונה.
- ו. התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
- ז. התמודדות עם גירושין בין בני זוג.
- ח. התמודדות עם בעיות סמים.
- ט. התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
- י. התמודדות עם הפרעות אכילה - אנורקסיה או בולימיה.

- יא. התמודדות עם בעיות התפתחות של ילדים - מוטוריות, ורבליית, תפיסתית וכד'.
- יב. התמודדות עם בעיות גמילה של ילדים - ממוצץ, בקבוק, יניקה וכד'.
- יג. התמודדות עם בעיות התנהגות חריגות של ילדים בבית, בגן ילדים, בבית ספר.
- יד. התמודדות עם בעיות התנהגות בקשר הורים -ילדים.
- טו. התמודדות עם קשיי התאקלמות כתוצאה משינוי מקום מגורים.
- טז. התמודדות עם מצב סיעודי של בן משפחה מדרגה ראשונה שהינו במצב סיעודי.
- ז. התמודדות עם בעיות של הורים מבוגרים.
- יח. התמודדות עם בעיות בעבודה.

4.4. כיצד מקבלים את השירות?

4.4.1. מנוי הנמקק לשירות הכלול בכתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד נותן השירות (להלן: "המוקד") בטלפון : **03-6388408** או **5590*** (או בכל מספר אחר שתודיע החברה) להזדהות בשמו, למסור את מספר ת.ז שלו ולפרט את מספרי הטלפון בהם ניתן להשיגו.

4.4.2. בתוך 4 שעות, לכל היותר, ממועד פנית המנוי למוקד, יתקשר אל המנוי מטפל מטעם נותן השירות. במקרה דחוף, יתקשר מטפל מטעם נותן השירות בתוך שעתיים ממועד פניית המנוי למוקד.

4.4.3. המנוי רשאי להתקשר כמה פעמים שירצה, ללא הגבלה.

4.4.4. מנוי הרוצה בהמשך יעוץ טלפוני או בתיאום פגישה ליעוץ פסיכולוגי, יתקשר למוקד כמפורט בסעיף 4.1 שלעיל.

4.4.5. את תיאום הפגישות ליעוץ פסיכולוגי, יעשה המנוי ישירות עם נותן השירות או עם המטפל מטעמו, אליו יופנה.

4.5. יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות פנים אל פנים

4.5.1. המנוי זכאי ליעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות פנים אל פנים, עם מטפלים מטעם נותן השירות, בעלויות מופחתות, כדלקמן:

4.5.2. 10 פגישות ראשונות עם פסיכולוג קליני או עובד סוציאלי קליני או פסיכותרפיסט - 140 ש"ח (כולל מע"מ) לכל פגישה.

4.5.3. 2 פגישות ראשונות עם פסיכיאטר - 280 ש"ח (כולל מע"מ) לכל פגישה.

4.5.4. 25% הנחה על אבחונים של לקויות למידה והפרעות קשב. האבחונים נערכים באמצעות מכונים שבהסדר

4.5.5. מחיר פגישות נוספות, עם פסיכולוג, מעבר ל - 10 הפגישות להן זכאי המנוי בעלויות מופחתות, יקבעו בין המטפל למנוי בהתאם למקובל בענף זה, אך עלותם לא תעלה על - 250 ש"ח (כולל מע"מ) לפגישה.

4.5.6. פגישת הייעוץ הראשונה תתקיים בתוך שבוע ימים ממועד הבקשה לפגישה, למעט מקרים דחופים, כפי שייקבע על-פי שיקול דעתו המלא והמקצועי של המטפל, בהם תיערך פגישת הייעוץ הראשונה בתוך יומיים מיום הבקשה לפגישה.

4.5.7. מובהר בזאת, כי המנוי יהיה זכאי לבחור מטפל מתוך רשימת מטפלים שיציע נותן השירות, בהתאם לבעיה וכי המטפל שנתן יעוץ טלפוני, לא בהכרח יהיה זה שייפגש עם המנוי.

4.5.8. למען הסר ספק, מובהר בזאת שאת התשלום עבור פגישות הייעוץ ישלם המנוי בעצמו ישירות למטפל.

4.5.9. מובהר בזאת שהמנוי זכאי רק לטיפולים שניתנים בקליניקות פרטיות, ללא צורך באשפוז, טיפול פסיכיאטרי, טיפול במעון יום וללא צורך בהתערבות מוסדית כלשהי.

4.5.10. מובהר בזאת שהשירות לא כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

4.6. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

4.7. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות הנובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

פרק תשיעי - שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית) - כתב שירות

1. השירות ניתן על ידי:

פמי פרימיום בע"מ (להלן: "פמי") או כל נותן שירות שיקבע ע"י המבטח מעת לעת (להלן: "נותן השירות").

2. הזכאות לשירות ניתנת:

לכל מבטח בהסכם ביטוח זה (להלן: "המנוי") באמצעות כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). הזכאות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הנה אישית ולא ניתנת להעברה לאחר.

3. השירות למנוי:

ייתן לכל מנוי, אשר לפי אבחנת הרופא המטפל (שהינו בעל רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל), מצב בריאותו השתנה לרעה לעומת מצבו במועד צירופו לכיסוי ואשר קיבל הפניה בכתב מאת הרופא המטפל לקבלת טיפול באמצעות רפואה משלימה ו/או קבלת ייעוץ דיאטטי במרפאות ההסדר של נותן השירות. שירותי הרפואה המשלימה יהיו אלה המפורטים להלן ואלה בלבד (להלן: "השירותים"):

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| • אקופונקטורה | • שיאצו | • כירופרקטיקה |
| • פלדנקרייז | • נטורופתיה | • שיטת אלכסנדר |
| • רפואה סינית | • רפלקסולוגיה | • אוסטאופתיה |
| • הומאופתיה | • ביו-פידבק | • ייעוץ דיאטטי |
| • טווינה | | |

4. היקף השירות:

4.1. המנוי יהא זכאי להתייעצות אחת עם נותן השירות הרלוונטי, ובעקבותיה לסדרת טיפולים, כקבוע להלן, עליה המליץ נותן השירות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי הבלעדי של נותן השירות ובכפוף לאישור מראש של מוקד המבטח באמצעות מוקד טלפוני ארצי (להלן: "מוקד המבטח").

4.2. סידרת הטיפולים לה יהא זכאי המנוי, תכלול עד 16 (שישה עשר) טיפולים בשנת ביטוח אחת לטיפול באותה בעיה רפואית, בין אם הטיפולים יינתנו ע"י נותן שירות בתחום אחד מתחומי השירות שפורטו לעיל ובין אם בטיפול משולב של נותני שירות בתחומי שירותים שונים.

4.3. בכל מקרה מספר הטיפולים לו תהא זכאית משפחה המנוי כולה בשנת ביטוח אחת, לא יעלה על 20 (עשרים) טיפולים, עבור ייעוץ דיאטטי תהא המשפחה המבטחת זכאית ל - עד 6 טיפולים בשנת ביטוח.

5. אופן קבלת השירותים:

5.1. המנוי יתקשר טלפוניית בעת שיהא זקוק לקבלת שירות למוקד המבטח, לטל' 03-6388408 או *5590, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' ת.ז ומס' פוליסת הביטוח שעל פיה בוטח.

- 5.2. המנוי יציג מכתב הפניית הרופא המטפל לטיפול הנדרש על ידו. אישור זה מהווה תנאי מוקדם להפניית המנוי ע"י מוקד המבטח לנותן השירות הרלוונטי.
- 5.3. המנוי יהא זכאי לבחור מרפאת הסדר הקשורה עם החברה, מתוך רשימת מרפאות הסדר כפי שתהיה בתוקף במועד פנייתו לקבלת השירות, בה יקבל את השירות.
- 5.4. השירות יינתן בשעות הפעילות הרגילות של מרפאות הסדר.
- 5.5. השירות יינתן כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 5.6. הגעת המנוי למרפאת הסדר אליה הופנה, תהא על חשבונו.
- 5.7. עם תום מתן השירות, יחתום המנוי על ספח ביקורת, לפיו הוא מאשר כי נותן השירות נתן את השירות.
- 5.8. במקרה שהמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת השירות, יודיע על כך למוקד (גם אם מסר על ביטול הפנייה למרפאת הסדר).

6. השתתפות עצמית:

המנוי ישלם ישירות לנותן השירות שביצע השירות בפועל, השתתפות עצמית בסכום השווה ל - 20% (עשרים אחוז) ממחיר השירות שניתן לו על פי מחירון מרפאת הסדר ללקוחות פרטיים כפי שיהיה בתוקף במועד מתן השירות.

7. באילו מקרים לא יינתן שירות:

- 7.1. השירות לא יינתן בהתייחס לבעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיוצ').
- 7.2. השירות לא יינתן בקשר עם בעיות כרוניות ובעיות פסיכולוגיות, כגון: חרדות ושינוי מצבי רוח, בכפוף לחריג מצב רפואי קודם שבסעיף 16 לפרק המבוא בפוליסה.
- 7.3. השירות לא יינתן בהתייחס לנושא הרזיה או השמנת יתר, אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב לכך ע"י הרופא המטפל במנוי הקובעת כי קבלת השירות הינה לצורך רפואי ברור.
- 7.4. השירות אינו כולל הוצאות המנוי בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שהומלצו ע"י נותן השירות לצורך הטיפול.
- 7.5. במקרה של גיוס כללי, מחסור כללי ברופאים או בנותני שירותים באזור רלוונטי ו/או מפאת כל גורם אחר ו/או נסיבות שהחברה לא ידעה ולא היה עליה לדעת עליהם.

8. תוקף כתב השירות:

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

9. אחריות המבטח:

המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י נותן השירות וכל ההשלכות נובעות ממנו.

כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של נותן השירות ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

פרק עשירי - "לחיות בריא" - שירותי רפואה מונעת ואיכות חיים (כתב שרות)

1. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידי. מובהר כי לא יחולו על כתב שירות זה ההגדרות שבפוליסה אליהן הוא מצורף.

1. "החברה" - כלל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם ששמו הועבר ע"י החברה כזכאי לקבלת שירות ואשר שולמו בגינם דמי המנוי במלואם.
3. "הספק" - פמי פרימיום בע"מ או כל ספק שירות אחר לפי קביעת החברה.
4. "מרפאות הסדר" - מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
5. "רופאי הסכם" - רופאים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
6. "מכוני הסדר" - מכוני עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
7. "מטפל" - מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח, ואשר פמי פרימיום התקשרה עמו בהסכם בקשר למתן שרות למנוייה.
8. "דיאטן" - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
9. "תזונאי" - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
10. "קלינאי תקשורת" - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עימו למתן השירות למנוייה.
11. "מאמן כושר גופני" - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר הספק התקשר עימו בהסכם למתן השירות למנוייה.
12. "נותני השירות" - מרפאות הסדר, מכוני הסדר, רופאי הסכם, מטפל, דיאטן, תזונאי, קלינאי תקשורת ומאמן כושר גופני.
13. "מוקד השירות" - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים, באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה. במספר הטלפון של מוקד השירות הוא: **6388408 - 03** או **5590***. על כל שינוי במספר הטלפון תימסר הודעה למנויים - בכתב או באמצעות מענה קולי במספר הטלפון הקודם של מוקד השירות שיודיע על מספר הטלפון החדש.
14. "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

2. היקף השירותים

המנויים יהיו זכאים לקבל את השירותים הבאים בהתאם למפורט בכתב השירות להלן:

- הרזיה רפואית
- ליקויי למידה
- גמילה מעישון
- הפגת מתחים
- מאמן אישי - טיפוח כושר גופני
- רשת מכוני כושר

פירוט השירותים :

1. הרזיה רפואית

- 1.1. השירות כולל מתן יעוץ רפואי להרזיה ושמירה על משקל הגוף לאורך זמן. במסגרת השירות יקבל המנוי ערכת טיפול אישי המכילה רשימת תוספי מזון, תפריט אישי ויעוץ לפעילויות משלימות (כגון ספורט).
- 1.2. השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.
- 1.3. השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 1.4. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 1.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 75 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 150 ₪ בעבור כל אחת מ- 11 הפגישות הנותרות.

2. ליקויי למידה

- 2.1. השירות כולל מתן יעוץ ותמיכה ע"י קלינאי תקשורת, לאבחון וטיפול בבעיות ליקויי למידה ילדים עד גיל 14. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים בליקויי למידה בהוראה מתקנת ו/או בשיטת אלבאום.
- 2.2. השירות כולל סדרת מפגשים כמפורט להלן:
- 2.3. עד 2 פגישות למטרת אבחון שאורך כל פגישה 90 דקות.
- 2.4. עד 10 פגישות למטרות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 2.5. השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 2.6. למפגשי האבחון תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.
- 2.7. למפגשי הטיפול ישלם המבוטח דמי השתתפות עצמית ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, בסך 150 ₪ בעבור כל פגישה.

3. גמילה מעישון

- 3.1. השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.
- 3.2. השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.
- 3.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 3.4. השירות יינתן בקליניקה של המטפל.
- 3.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 135 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 95 ₪ בעבור כל אחת מ- 9 הפגישות הנותרות.

4. הפגת מתחים

- 4.1. השירות כולל מתן טיפול להפגת מתחים, באחד מן התחומים הבאים: שיאצו, רפלקסולוגיה, עיסוי רקמות, טווינא, שיטת אלכסנדר, יוגה, פלדנקרייז.

- 4.2. השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.
- 4.3. השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 50 דקות.
- 4.4. השירות ינתן בבית המבוטח.
- 4.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 150 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

5. מאמן אישי - טיפוח כושר גופני

- 5.1. השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בנית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.
- 5.2. השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.
- 5.3. השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ- 60 דקות.
- 5.4. השירות יינתן בבית המבוטח.
- 5.5. המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ לפגישה עד 10 מפגשים, ו- 125 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

6. רשת מכוני כושר

- 6.1. השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם הספק.
- 6.2. רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת.
- 6.3. תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

3. אופן קבלת השירותים

1. נזקק מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם החברה, וימסור כל מידע אחר שיידרש לשם ייעול מתן השירות.
2. מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.
3. השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.
4. מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעותיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.
5. השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
6. במקרה שמנוי יבקש לבטל את פנייתו לקבלת שירות על-פי כתב שירות זה, יודיע על כך המנוי למוקד השירות באופן מיידי. למען הסר ספק, מובהר כי על המנוי להודיע למוקד השירות על ביטול פנייתו גם אם מסר על ביטול הפנייה לנותן השירות הרלוונטי.

7. בעת פניה למרפאה, על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבונו.
8. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
9. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.

4. אחריות המבטח:

1. המבטח לא יהא אחראי לטיב השירות הניתן ע"י הספק וכל ההשלכות הנובעות ממנו.
2. כמו כן לא יהא המבטח אחראי לרשלנות כזאת או אחרת של הספק ו/או של מי שפועל מטעמו וכן לכל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם בקשר לשירות.

5. תוקפו של כתב השירות

כתב שירות זה יהא בתוקף כל עוד המנוי מבוטח אצל המבטח בפוליסה זו ונמנה בשל כך על מנויי נותן השירות, וכל עוד ההסכם למתן שירות זה בתוקף בין המבטח לנותן השירות. אם כתב שירות זה יבוטל עבור כלל המנויים, תינתן למנוי הודעה מוקדמת על הביטול של 30 יום.

**פרק אחד עשר – ביטוח סיעודי –
הסתיים ביום 30/06/2015**

נספח 2 – "עזרה לניתוח"

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מההסכם.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן והכל, בכפוף לתנאי הסכם זה.
3. המוטב:
 - א. מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:
 - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח כהגדרתו בסעיף ג' להלן;
 - ב. הביטוח על פי הסכם זה, הנו בתוקף.
 - ג. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
 - ד. במקרה של מוטב המבוטח במסגרת הביטוח שעפ"י הסכם זה, יתווסף התנאי כי המוטב אינו נמצא זכאי לכיסוי על פי הסכם זה מחמת גילו ו/או בגין מצב בריאותו, או שהינו מבוטח אך האירוע הרפואי בו מדובר מוחרג לגביו.
4. זכות שימוש בהסכמי החברה:

כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בהסכם זה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
5. טיפול אדמיניסטרטיבי וכספי:

החברה תשלם ישירות לנותן השירות הנמצא בהסכם עמה, כנגד חתימת המוטב על כל המסמכים הנדרשים להחזר הכספי, לשביעות רצון החברה.
6. החזר הוצאות:

למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

נספח 3

רשימת גבולות אחריות המבטח

כל הסכומים נקובים לפי מדד 12,366 נק'

תקרת תגמולי הביטוח	מהות הכיסוי הביטוחי	מס' סעיף	נספח 1 פרק א' השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
הוצאות מוכרות במסגרת האשפוז: אצל נותני שירות שבהסכם שיפוי מלא אצל נותני שירות שלא בהסכם – עד הסכומים המשולמים לנותני שירות שבהסכם ולא יותר מ - 4,000,000 ₪	השתלות בחו"ל	2.1	
עד 1,000,000 ₪	השתלת לב מלאכותי (בשלב בו הפרוצדורה תפסיק להיחשב ניסיונית)		
עד 800,000 ₪	טיפול מיוחד בחו"ל	2.2	
עד 100,000 ₪	קציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ההשתלה.	2.3.8	
עד 200,000 ₪	הוצאות איתור תורם מח עצם		
עד 25,000 ₪	הוצאות נסיעה לחו"ל	2.3.9	
עד 100,000 ₪	הוצאות הטסה רפואית	2.3.10	
עד 200,000 ₪	הוצאות לשהייה בחו"ל	2.3.11	
עד 225,000 ₪, ובלבד שהעלות הכוללת לטיפול לא תעלה על העלות של טיפול מיוחד בחו"ל	הוצאות הבאת מומחה לישראל כתחליף לטיפול מיוחד	2.3.12	
ללא תקרה	הטסת גופת המבוטח	2.3.13	
עד 100,000 ₪	משתלים מיוחדים	2.3.14	

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
2.4	פיצוי חד פעמי לביצוע השתלה	225,000 ₪
2.5	פיצוי לגילוי הצורך בביצוע השתלה	200,000 ₪
2.6	גמלה לאחר השתלת האיברים הבאים: כבד, לב, לב ריאה, ריאה, לבלב, מעי	5,000 ₪ למשך 24 חודשים
	כליה, שחלה ומוח עצמות מתורם אחר	5,000 ₪ למשך 12 חודשים
2.1	התייעצות לפני ואחרי ניתוח	עד 600 ₪ להתייעצות
2.8	שכר אחות פרטית לאחר ניתוח	עד 650 ₪ ליום ולא יותר מ- 8 ימים
2.9	שתל	עד 30,000 ₪ למקרה ביטוח.
3.1 ב'	פיצוי בגין ביצוע ניתוח בבי"ח ציבורי	פיצוי בגובה 750 ₪ ליום אשפוז ועד 14 ימי אשפוז בסה"כ
4.1.3	כיסוי להוצאות הטסת גופה	ללא תקרה
4.1.4	הוצאות שהייה למלווה בחו"ל	עד 800 ₪ ליום ולא יותר מ- 30 ימים.
5.1	הוצאות טיסה לחו"ל למבוטח ולמלווה	עד 8,250 ₪ לאדם
5.2	הוצאות שהייה למלווה בחו"ל	עד 800 ₪ ליום ולא יותר מ- 30 ימים.
6.1.2	פיצוי בגין הדבקות באיידס או הפטיטיס B/C במהלך ניתוח	185,000 ₪

נספח 1
פרק ב'
כיסוי מורחב
לניתוחים
ושירותים
נלווים

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
6.2.1	פיצוי במקרה של אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח	4,000 ₪ לחודש ועד 12 חודשים, לאחר 60 ימי המתנה.
6.3.3	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח	100,000 ₪
1.	ייעוץ רפואי מיוחד	עד 600 ₪
3.2	סכום השיפוי המירבי בגין כל מקרי הביטוח לתקופת ביטוח בת 3 שנים.	עד 1,500,000 ₪ בגין תרופות שעלותן מעל 200 ₪.
3.4	עלות השירות הכרוך במתן התרופה	200 ₪ ליום ועד 45 ימים.
1.1	עקירה כירורגית	עד 575 ₪ לעקירה ולא יותר מארבע עקירות בכל תקופת הביטוח.
1.2.1	בדיקה פריודנטלית	עד 314 ₪
1.2.2	הקצעת שורשים	עד 156 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)
1.2.3	כריתת חניכיים	עד 1,360 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)
1.2.4	ניתוח מטלית	עד 1,673 ₪ לכל סקסטנט (1/6 פה)
4.1	התייעצות עם רופא מומחה	80% מההוצאה ועד 600 ₪ להתייעצות.
4.2	בדיקות רפואיות אבחנתיות	בדיקת CT עד 1,200 ₪ בדיקת MRI עד 4,000 ₪ בדיקת אולטרסאונד עד 500 ₪ בדיקות דופלר עד 500 ₪ בדיקת PET עד 3,500 ₪ בדיקת רנטגן עד 250 ₪ כל בדיקה אחרת הנדרשת עד 1,500 ₪ תקרת הכיסויים בגין כל
		נספח 1 פרק ד' ייעוץ רפואי מיוחד
		נספח 1 פרק ה' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי
		נספח 1 פרק ו' טיפולי שיניים
		נספח 1 פרק ז' שירותים רפואיים אמבולטוריים

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
		הבדיקות עד 4,000 ₪ לשנת ביטוח.
4.3	בדיקות הריון	עד 3,000 ₪ למבוטחת לכל הריון. להריון מרובה עוברים עד 5,000 ₪ למבוטחת לכל הריון.
4.4	טיפול פיזיותרפיה לאחר ניתוח	80% מההוצאה ועד 260 ₪ לטיפול, אך לא יותר מ-12 טיפולים בשנת ביטוח.
4.5	טיפול הפריה חוץ גופית	75% מההוצאה ועד 10,000 ₪ לילד ועד 2 ילדים.
4.6	טיפול רדיותרפיה / כימותרפיה	75% מההוצאה ועד 30,000 ₪ לשנת ביטוח אחת.
4.7	בדיקות לגילוי מוקדם של גנים סרטניים	75% מההוצאה ועד 3,500 ₪ לכל הבדיקות בתקופת הביטוח.
4.8	בדיקה גנטית לאפיון הגידול	5,800 ₪ בגין כל הבדיקות למקרה ביטוח אחד בכל תקופת ההסכם.
4.9	החלמה לאחר אירוע לב	80% מההוצאה ועד 367 ₪ ליום אך לא יותר מ-14 ימים.
4.10	התעמלות שיקומית לאחר ניתוח גדול	50% מההוצאה ועד 150 ₪ לחודש ולא יותר מ-9 חודשים

מס' סעיף	מהות הכיסוי הביטוחי	תקרת תגמולי הביטוח
4.11	מנוי למשדר קרדיולוגי	50% מההוצאה ועד 150 ₪ לחודש ולא יותר מ-18 חודשים.
4.12	שיקום הדיבור והראיה וריפוי בעיסוק למבוטח מעל גיל 18	150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח.
4.13	טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה	עד 3,500 ₪
4.14	אביזרים רפואיים	עד 1,000 ₪ לאביזר
4.15.	חוות דעת שנייה בחו"ל	עד 4,500 ₪
4.16	חוות דעת שנייה לבדיקה פתולוגית	עד 4,500 ₪

נספח 4

גמלאים ובני משפחותיהם

1. מוסכם בין הצדדים כי גמלאי בעל הפוליסה רשאים להיות מבוטחים במסגרת ההסכם בכפוף לתנאי ההסכם ותנאי נספח זה כמפורט להלן: עובדי בעל הפוליסה המבוטחים במסגרת ההסכם ואשר יפרשו לגמלאות במהלך תקופת ההסכם וגילם 55 שנה ומעלה, זכאים הם ובני משפחותיהם להמשיך ולהיות מבוטחים בביטוח הקבוצתי עפ"י ההסכם זה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא תקופת אכשרה, וזאת בתנאי שיודיעו בכתב על רצונם להמשיך בביטוח הקבוצתי בתוך 90 יום ממועד פרישתם מהעבודה אצל בעל הפוליסה, ובכפוף לתשלום פרמיה כמפורט בנספח זה.
2. דמי הביטוח בגין הגמלאים ובני משפחותיהם ייגבו במרוכז על ידי בעל הפוליסה ויועברו למבטח בתשלום אחד, בנפרד מהתשלום עבור העובדים ובני משפחותיהם, בהתאם להוראות ההסכם.
3. דמי הביטוח בגין הגמלאים וב"ב צריכים לשקף מחיר הנובע מגיל הגמלאים כקבוצה נפרדת, ללא סבסוד הנובע מגיל עובדי בעל הפוליסה. כאשר קבוצת הגמלאים תמנה כ- 100 מבוטחים, הם יבוטחו כקבוצה נפרדת ללא שינוי בפרמיה שנקבעה במועד תחילת ההסכם.
4. מוסכם כי הפרמיה וסכומי הביטוח שישלמו בגין גמלאי בעל הפוליסה אשר יהיו מבוטחים במסגרת ההסכם, יילקחו בחשבון בבדיקת דו"ח רווח והפסד של הביטוח הקבוצתי וכן במועד התאמת הפרמיה.
5. דמי הביטוח החודשיים (ב- ש"ח) עבור הגמלאים ובני משפחותיהם הינם כמפורט בסעיף 8.1 להסכם זה לעיל.
6. גמלאים אשר יצטרפו לביטוח הקבוצתי כמפורט בנספח זה, להלן זכאים להמשיך את הביטוח במקרה של סיום תקופת ההסכם או פרישת המבוטח מקבוצת המבוטחים במהלך תקופת ההסכם, בהתאם להוראות סעיף 5.4 להסכם.