



משרד הביטחון

ביטוח בריאות קבוצתי

למשרד הביטחון עבור
נכי צה"ל - בריאות בסיס

אנו שמחים לעדכןך כי חודשה הפוליסה הקבוצתית לביטוח רפואי של משרד הביטחון - אגף השיקום עבור נכי צה"ל הקיימת לכם כבר ממאי 2008.

הפוליסה הורחבה והיא כוללת החל מתאריך 1/9/2023 כיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל (כיסוי חדש) וכיסוי להוצאות לטכנולוגיות רפואיות הקשורות בניתוח.

כל הכיסויים הינם עבור מקרי ביטוח שאינם קשורים לנכות המוכרת החמרתה ותוצאותיה הישירות כפי שהוכרו על פי חוק הנכים - אילו מכוסים על ידי משרד הביטחון.

הביטוח ממומן במלואו על ידי משרד הביטחון וזאת וללא כל השתתפות שלך, לטובתך ולרווחתך. בחוברת זו תמצא את תנאי הפוליסה המלאים לשימושך.

למימוש זכויות הפוליסה ניתן לפנות אל נציגי חברת "ווי.די.בי יועצים" אשר פרטיהם בגב החוברת.

בברכת בריאות טובה,

לימור קולישיבסקי

ראש היחידה לאפיון, בקרה וארגון השירותים הרפואיים

משרד הביטחון / אגף השיקום

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
11.....	פוליסה לביטוח קבוצתי למשרד הביטחון עבור נכי צה"ל בריאות בסיס
26.....	פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
30.....	פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי
33.....	פרק ג': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
37.....	פרק ד': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

גילוי נאות

*2735 טלפון פקס 037348178	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5252202	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
------------------------------	--	--	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי למשרד הביטחון עבור נכי צה"ל-בריאות בסיס

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי למשרד הביטחון עבור נכי צה"ל - בריאות בסיס.
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.9.2023 ועד ליום 31.8.2028.
תיאור הביטוח	<p style="text-align: center;">השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה.</p> <p style="text-align: center;">תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי</p> <p>כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטים בפרק זה. כמו כן ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.</p> <p style="text-align: center;">ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p>כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.</p> <p style="text-align: center;">כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות</p> <p>כיסוי הוצאות בגין ביצוע ניתוח בגין תאונה או מחלה פעילה תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות.</p>
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	<p>באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:</p> <p>חריגים כללים לפוליסה - סעיף 7, 13.</p> <p>פרק א': השתלות בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל - סעיף 5.</p> <p>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי - סעיף 6.</p> <p>פרק ג': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - סעיף 5.</p> <p>פרק ד': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות - סעיף 4.</p> <p>באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.</p>

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p> <p>פרק א': השתלוח, סעיף 4.2 - השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 350,000 ₪ (למעט במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו). השתלה שלא במימון החברה ובוצע בישראל, פיצוי בגובה 80,000 ₪ (למעט במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו)</p> <p>פרק ג': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - פיצוי בגובה 150,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מהניתוח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח.</p>	<p>אין.</p>
<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹</p>	<p>פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, השתתפות עצמית של 180 ₪ למרשם לחודש ולא יותר מ-540 ₪ לחודש עבור סך כל המרשמים לאותו החודש. לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.</p>
<p>האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים</p>	<p>חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים</p>
<p>עלות הביטוח</p>	<p>36.70 ₪ (צמוד למדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח).</p>
<p>שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>אין שינוי.</p>

¹תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 4.1 או 4.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	<p>השתלה לפי סעיף 1.1 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.</p> <p>כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו ממקומם.</p> <p>השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 180 יום לפני ועד 365 יום אחרי ביצוע ההשתלה, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p>סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בארץ או בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.</p>	<p>סעיף 4.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>סעיף 4.1 - עד לסכום ההוצאות להשתלה המבוצעת באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד 5,000,000 ₪, הגבוה ביניהם.</p> <p>עבור כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו ממקומם או מבקורם - עד 3,000,000 ₪.</p> <p>סעיף 4.2 - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה, למעט במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.</p> <p>פיצוי חד פעמי בסך 80,000 ₪ להשתלה שבוצעה בארץ ללא השתתפות החברה, למעט במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.</p>	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 1.3 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 4.3 - עד לסך של 1,000,000,000 ₪ אצל ספקים שאינם בהסכם.	כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p><u>סעיף 4.4.16.1</u> - סכום חודשי בסך 5,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים (למעט במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו).</p> <p><u>סעיף 4.4.6.2</u> - סכום חודשי בסך 5,500 ₪ לתקופה של עד 24 חודשים במקרה של השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו ובתנאי שהמבוטח נמצא באובד כושר עבודה וכל עוד נמצא במצב הזה.</p> <p>סעיף 4.4.18 - סכום חודשי בסך 4,500 ₪ למבוטח המרותק למיטתו. מבוטח השוהה באשפוז בבית חולים, זכאי לסכום חודשי של 2,000 ₪ לתקופת האשפוז. כל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה ולא יור מ-9 חודשים.</p>	<p><u>סעיף 4.4.16</u> - לאחר ביצוע השתלה.</p> <p>סעיף 4.4.18 - במקרה של מבוטח המועמד להשתלה והמרותק למיטתו.</p>	גמלת החלמה
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			הערות

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	<u>סעיף 2 בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ואינן כלולות ברשימת התרופות המאושרות אך ההתוויה הנדרשת אושרה על ידי הרשויות המוסמכות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על פי תנאי פרק זה, או תרופות OFF LABEL או תרופות יתום, כהגדרתן פרק זה.</u>	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 3,000,000 ש"ח לכל שנתיים. עבור תרופות מיוחדות, סכום הביטוח הינו עד 1,000,000 ש"ח לכל שנתיים ולא יותר מ-200,000 ש"ח לחדש. עבור בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, סכום הביטוח הינו עד 40,000 ש"ח לכל מקרה ביטוח.	השתתפות עצמית של 180 ש"ח למרשם לחודש ולא יותר מ-540 ש"ח לחדש עבור סך כל המרשמים לאותו החדש. לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ש"ח.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	<u>סעיף 4.5 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה</u>	כיסוי מלא.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בנייתו שבוצע בחו"ל	<u>סעיף 3.1</u> בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות העברה יבשתית תותבות ועוד.	בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר. בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בהיקף של 250% מעלות הניתוח לחברה בארץ, מהמפורסם באתר האינטרנט, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.
הוצאות שהייה	<u>סעיף 4.3.2</u> בפרק - הוצאות שהייה	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,000 ₪ ליום ועד 30 ימים. לשני מלווים יינתן הכיסוי למבוטח מתחת לגיל 18 עד 1,500 ₪ ליממה לשני מלווים ועד 30 ימים.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	<u>סעיף 4.1.3</u> בפרק - הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל וכתוצאה ישירה מהניתוח.	כיסוי מלא.
טיפול מחליף ניתוח בחו"ל	<u>סעיף 3.2</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל	בוצע במבוטח טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח ואצל ספקי השירות של המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר. בוצע במבוטח טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח אצל ספקים שאינם בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבוטח בהיקף של 250% מהמפורסם באתר האינטרנט, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח. בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבוטח עד ל-25,000 ₪, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבוטח.
הערות	חברת הביטוח תשלם את הוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה הוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
טכנולוגיות רפואיות	סעיף 1.1 בפרק - הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שיהיו בעתיד.	<p>החזר עד 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול של 60 חודשים ולא יותר מסכומי החזר כמפורט להלן:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ שתל עד 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ-150,000 ₪ לכל תקופת טיפול. ■ הדמיה או לבדיקה/ות עד 15,000 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ-100,000 ₪ לכל תקופת טיפול. ■ כל הליך או פעולה אחרים המוגדר כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד, עד 15,000 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-100,000 ₪ לכל תקופת טיפול. <p>בסך הכל לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול של 60 חודשים.</p>	אין.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

ממך הפוליסה הינו המדד שפורסם ביום 15.8.2023.

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח קבוצתי למשרד הביטחון

עבור נכי צה"ל בריאות בסיס

1. הגדרות

- 1.1. **"אגף שיקום"** - אגף שיקום נכים במשרד הביטחון אשר אחראי על שיקומם של נכי צה"ל וכוחות הביטחון.
- 1.2. **"המשרד/ בעל הפוליסה"** - משרד הביטחון.
- 1.3. **"שירותי רפואה"** - שירותי בדיקה, ייעוץ וטיפול רפואי על ידי רופאים מומחים ושירותים רפואיים נוספים, כמפורט במסמך זה.
- 1.4. **"הספק/ המבטח"** - הראל חברת ביטוח בע"מ
- 1.5. **"זכאי/ מבטח"** - נכה צה"ל הזכאי לביטוח זה ומופיע ברשימת המבוטחים כמוגדר בסעיף 4.41 החל מיום הכנסתו לראשונה לרשימה ע"י בעל הפוליסה.
 - 1.5.1. **"נכה צה"ל"** - מי שהוכר כנכה צה"ל על פי אחד מהסעיפים הבאים:
 - 1.5.1.1. מי שהוכר כנכה חוק הנכים, תגמולים ושיקום - תשי"ט-1959.
 - 1.5.1.2. מי שהוכר לזכויות מלאות כנכה צה"ל לפני משורת הדין, אשר דרגת נכותו המוכרת כמוגדר להלן הינה 20% ומעלה.
 - 1.5.1.3. מי שהוכר על פי החוק הנ"ל לפני 01.01.1996 ודרגת נכותו 10%-19%.
- 1.6. **"מבוטח קיים"** - מבטח כהגדרתו בסעיף 1.5 אשר היה מבטח בהסכם הקבוצתי הקודם של המשרד.
- 1.7. **"גיל המבוטח"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון לחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.8. **"המועד הקובע"** - מועד צירופו של המבוטח להסכם הקודם או להסכם זה המוקדם מבין השניים ושמו צוין ברשימה שהועברה על ידי בעל הפוליסה.
- 1.9. **"תאריך תחילת הביטוח"** - 1.9.2023.
- 1.10. **"הסכם הביטוח/ ההסכם"** - מסמך זה שהינו הסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
- 1.11. **"הפוליסה/ הפוליסה הבסיסית"** - הסכם הביטוח.
- 1.12. **"שנת הביטוח"** - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה במועד תחילת ההסכם והמתחדשת כל 12 חודשים.
- 1.13. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 1.14. **"מדד הבסיס/ היסודי"** - המדד הידוע במועד תחילת הפוליסה.
- 1.15. **"דמי ביטוח"** - הפרמיה שתשולם למבטח על ידי בעל הפוליסה בהתאם לתנאי ההסכם.
- 1.16. **"דף פרטי הביטוח"** - מסמך אשר יימסר לכל מבטח ע"י המבטח סמוך למועד תחילת הביטוח בהתאם לתקנות ואשר יכלול את הפרטים הבאים:
 - 1.16.1. פרטיו האישיים של המבוטח.
 - 1.16.2. תקופת הביטוח.
 - 1.16.3. סוג הכיסוי בגינו בוטח.
 - 1.16.4. היקף הכיסוי (תוך אזכור כפיפותו לחריגי הנכות המוכרת).

- 1.17. **"מקרה הביטוח"** - מערכת עובדות ונסיבות כמוגדר בהסכם זה אשר התקיימותה מקנה למבוטח זכות ו/או זכויות כמופיע בהסכם.
- 1.18. **"סכום הביטוח"** - הסכום המרבי שהמבטח מתחייב לשלם בגין כל אחד ממקרי הביטוח כמצוין בהסכם הביטוח.
- 1.19. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח, ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל נספח או נספח שצורף לפוליסה. לא צוינה בנספח כלשהו תקופת אכשרה, לא תחול תקופה כנ"ל לגבי אותו נספח. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורף המבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח ומבוטח (או מוטב) לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה.
- 1.20. **"רצף ביטוחי מלא"** - לצורך בדיקת מצב רפואי קודם ולצורך מועד תחילת תקופת האכשרה אם קיימת, ייחשב מועד ההצטרפות להסכם הקודם כמועד ההצטרפות להסכם זה, וזאת עבור כל הכיסויים הקיימים בהסכם זה למעט עבור נספח ג' אשר עליו יחול חריג מצב רפואי קודם ממועד תחילתו עבור כל מבוטח.
- 1.21. **"תקופת הביניים"** - התקופה שבין ביטול הזכאות לביטוח לבין מועד קבלת הערעור.
- 1.22. **"שיבוב"** - תחלוף כהגדרתו בסעיף 12.
- 1.23. **"מצב רפואי קודם"** - מערכת נסיבות רפואיות, כמוגדר בכל אחד מנספחי הפוליסה, או בנספח מנספחיה שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה.
- 1.24. **"אובחנו במבוטח"** - אבחנה רפואית מתועדת או הליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח.
- 1.25. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מצב רפואי קודם ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.26. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים אשר ברישיונו היתר לבצע ניתוח ו/או השתלה או כל טיפול רפואי או פעולה כנדרש על פי העניין, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה) או מוסד שיקומי.
- 1.27. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים בישראל או בחו"ל, כמוגדר בסעיף 1.26 שאינו בבעלות המדינה ו/או רשות עירונית. כמו כן יחשב כבית חולים פרטי גם בית חולים ציבורי, אשר במסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי (שר"פ) ו/או שירות רפואי נוסף (שר"ן), כולל בית חולים ציבורי בבעלות המדינה או קופ"ח או כל גוף ציבורי אחר אשר מבצע פעילות רפואית פרטית במסגרת מוסדרת.
- 1.28. **"בית חולים מוסכם/נותן השירות"** - בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.26 ו-1.27 לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח. יש לבדוק את ההסכמים הקיימים בעת התביעה עצמה.
- 1.29. **"מעבדה"** - מקום המספק תנאים מבוקרים וציוד המאפשרים מחקר, ניסויים ובדיקות. על המעבדה להיות מוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.30. **"ישראל"** - מדינת ישראל, לרבות השטחים ביהודה ושומרון אשר בשלטון ישראל.
- 1.31. **"חו"ל"** - כל ארץ מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.32. **"רופא"** - בעל רישיון לעיסוק ברפואה במדינת ישראל, זמני או קבוע, מטעם משרד הבריאות.
- 1.33. **"רופא מומחה"** - מי שהוכר כרופא מומחה על ידי הסתדרות הרופאים הישראלית ומחזיק בתעודה המעידה על כך מטעם משרד הבריאות, לגבי מומחיותו או לגבי תת

המומחיות הנדרשת, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות או רופא שהינו בעל רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים על ידי הרשויות המוסמכות לכך על פי הדין במדינה הרלוונטית בחו"ל בה ניתן השירות.

- 1.34. **"רופא מוסכם"** - רופא מוסמך המוסכם על משרד הביטחון והמבטח.
- 1.35. **"אשפוז"** - שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום) תחשב כאשפוז לכל דבר.
- 1.36. **"נותן שירות שבהסכם"** - ספק שרות רפואי אשר בינו לבין המבטח קיים ביום מתן השירות הסכם למתן שרות רפואי, הנדרש בכל אחד מנספחי הפוליסה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השרות, בגין שרות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.37. **"נכות מוכרת"** - נכות אשר הוכרה עפ"י חוק הנכים (סעיף 1.5).
- 1.38. **"המוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשו החוקיים של המבוטח.
- 1.39. **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות, לרבות תאגיד עתידי שיוקם במהלך תקופת ההסכם; אשר במועד תחילת ההסכם הוכר על ידי שר הבריאות לרבות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.40. **"שירותי בריאות נוספים (שב")"** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות שעל פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 1.41. **"יועץ"** - יועץ לביטוח בריאות זה אשר יבחר ע"י בעל הפוליסה להעניק שירותי ייעוץ וליווי לבעל הפוליסה ולמבוטחים, כאמור בסעיף להלן.
- 1.42. **"רשימת המבוטחים"** - רשימה אשר תועבר למבטח מידי חודש על ידי בעל הפוליסה. הרשימה תשמש כראיה לכאורה לתחולתו של הביטוח שעל פי פוליסה זו על המבוטחים הכלולים ברשימה. הביטוח שעל פי פוליסה זו, יחול גם על המבוטחים האמורים להיות כלולים ברשימת המבוטחים אף אם מסיבה טכנית נשמט שמם מרשימת המבוטחים, ובלבד שעם החזרתם לרשימת המבוטחים יועברו בגינם דמי הביטוח במלואם, לרבות בגין התקופה בה לא נכללו ברשימת המבוטחים.
- 1.43. **"שעת חירום/מצב חירום"** - בהינתן צו על פי סעיף 7(ב) או סעיף 8 לחוק רישום ציוד וגיוסו לצבא הגנה לישראל, התשמ"ח-1987, ו/או בהינתן צו על ידי שר הביטחון בהתאם לסעיף 8 לחוק שירות המילואים, התשס"ח-2008 שניתנה לספק הודעה עליהן מטעם המשרד, ו/או בהינתן הכרזה על מצב מיוחד בעורף מכוח חוק ההתגוננות האזרחית, התשי"א-1951.
- 1.44. **"מצבים מיוחדים"** - מצבים בהם נדרשת היערכות מיוחדת מצד הספק, בהתאם למפורט בהסכם, וזאת בשל פעילות מבצעית מוגברת. הודעה על תחילתו תינתן לספק ע"י המשרד ועפ"י אישור מנכ"ל משרד הביטחון.

2. הצטרפות לביטוח והתחלתו

- 2.1. הצטרפות לביטוח הינה כדלקמן:
 - 2.1.1. בביטוח יכללו ויצורפו כלל נכי צה"ל העונים להגדרת 'מבוטח' עפ"י סעיף 1.5 ובתנאי ששמו/ם נכלל ברשימת המבוטחים המועברת אחת לחודש ע"י בעל הפוליסה. היה ולא ימצא מבוטח ברשימה שהועברה, יהא גם הוא מבוטח במידה ויוצגו למבוטח ראיות לפיהן הנ"ל עונה להגדרת 'מבוטח' והינו זכאי להיות מבוטח במועד תחילת הביטוח/ לאחריו ולהיות כלול ברשימת המבוטחים.
 - 2.1.2. ההצטרפות לביטוח תעשה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ובחיתום רפואי.

- 2.1.3. לא תהא הגבלת גיל לגבי צירוף מבוטח על פי פוליסה זו.
- 2.1.4. מבוטח אשר יבקש מרצונו לבטל את ביטוחו על פי פוליסה זו, יהא רשאי לעשות זאת בכל עת בהודעה בכתב שימסור לבעל הפוליסה.
- 2.1.5. יום תחילת הביטוח על פי ביטוח זה הוא כמוגדר כמועד הקובע.
- 2.2. **פוליסות בריאות קיימות** - מבוטח על פי פוליסה זו, שהיה מבוטח לפני צירופו לביטוח זה, בביטוח קבוצתי, או בביטוח פרטי אצל המבטח, יהא רשאי להצטרף לכיסויים החופפים שעל פי ביטוח זה ברצף ביטוחי מלא וללא תקופות אכשרה (אם ישנן כאלה). כל חריג או מגבלה אם הוטלו עליו על פי הפוליסה הקיימת תיבחן מול תנאי קבלתו על פי הסכם זה. אם לא הוטלה עליו מגבלה על פי הפוליסה הקיימת, לא תחול עליו כל מגבלה על פי הסכם זה. אם הוטלה עליו מגבלה תחול זו המטיבה עם המבוטח.
- 2.3. **מבוטחים קיימים** - מבוטחים קיימים ממשיכים להיות מבוטחים על פי פוליסה זו ברצף ביטוחי מלא בתוכנית בה היו מבוטחים.
- 2.4. צירוף מבוטח -
- 2.4.1. באחריות המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 2.4.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים.
- 2.4.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.
- 2.4.2. האמור בסעיף 2.4.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחדש לתקופה נוספת אצל אותה חברת ביטוח או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:
- 2.4.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 2.4.2.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד. לענין זה, "שמירה על רצף ביטוחי"- שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

3. חיתום רפואי

- 3.1. כל מבוטח בפוליסה זו, ייחשב כמי שעבר הליך חיתום רפואי, שתוצאותיו- הנכות המוכרת כהגדרתה בסעיף 1.37.
- 3.2. הסיבות הרפואיות כפי שפורטו בתיקו הרפואי של המבוטח לגבי הנכות המוכרת יהוו את תוצאות החיתום הרפואי בכל הנוגע לכיסויים הביטוחיים.
- 3.3. הנכות המוכרת הנ"ל של כל מבוטח, החמרתה ותוצאותיה הישירות כפי שהוכרו על פי חוק הנכים, יהוו סיג וחריג מלא לחבות המבטח אשר יחול על כל מבוטח, כמפורט בתיקו הרפואי, ויהא תקף למשך כל תקופת/ות הביטוח.
- 3.4. האמור לעיל יחול גם על כל מבוטח חדש בהתאמה למועד צירופו לביטוח.
- 3.5. יודגש, על מנת למנוע כל ספק סביר, כי כל מבוטח ע"פ פוליסה זו יחתום על ויתור סודיות רפואית, ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל יהא הויתור כולל את כל תיקוי הרפואיים במשרד הביטחון ו/או בכל רשות אשר בחזקתה מידע רפואי על מצב בריאותו הכללי ועל הנכות המוכרת של המבוטח.
- 3.6. חתימת המבוטח/ים על הרשאה לקבלת מידע רפואי (וס"ר- ויתור סודיות רפואית) בגין מצב בריאותם, הוא תנאי מהותי למחויבות המבטח לפי פוליסה זו. ויתור הסודיות

יחול גם על כל מידע שמשנהב"ט ירצה ולקבל מחברת הביטוח, ובלבד והינו בזיקה ישירה להתקשרות ובכפוף לקבלת הסכמת המבוטח.

4. תקופת הסכם הביטוח

- 4.1. תקופת הסכם הביטוח הינה 1.9.2023 והיא תסתיים ביום 31.8.2028, להלן "תקופת ההסכם".
- 4.2. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 4.3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם. סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

5. תום הביטוח והפסקתו

- 5.1. תום הביטוח עבור מבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- 5.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח.
- 5.1.2. היום האחרון בחודש בו הודיע המבוטח לבעל הפוליסה בכתב בדבר רצונו בהפסקת ביטוחו על פי הסכם זה.
- 5.1.3. מבוטח/ים אשר במהלך תקופת הביטוח הוחלט על הורדה בדרגת נכותם ובכך בעצם לא יענו עוד על הגדרת נכה צה"ל הקבועה בפוליסה, לא יהיו זכאים לביטוח זה מיום הורדת דרגת נכותם כאמור. במקרה בו יעלו בחזרה אחזי הנכות של נכה צה"ל בהמשך התקופה:
- 5.1.3.1. העלאת אחזי הנכות בעקבות ערעור שהתקבל - יועברו למבטח על ידי בעל הפוליסה הפרשים עבור התקופה הרלוונטית בה הוצא נכה צה"ל מהרשימות.
- 5.1.3.2. אם ההחלטה על הורדת דרגת הנכות הפכה לסופית ובהמשך יועלו אחזי הנכות במסגרת ועדה רפואית חוזרת או בגלל שינויים הוגשה תביעה נוספת שהתקבלה, יצורף הנכה מחדש להסדר הביטוח רק מיום העלאת דרגת הנכות ולא בדיעבד.
- 5.1.4. מבוטחים כאמור בסעיף 5.1.3 לעיל, יהיו זכאים בתקופה בה הורדה דרגתם להמשיך להיות מבוטחים בביטוח זה תקופת ביטוח נוספת שמשכה עד לתום תקופת ההתקשרות או עד ליום בו הוכר המבוטח כנכה זכאי. וזאת בתנאי כי ישלמו את דמי הביטוח שעל פי פוליסה זו בהסדר מיוחד עם המבטח בהוראת בנק או בכרטיס אשראי. הוראות סעיף זה יהיו כפופים לקבלת הודעה מאת משרד הביטחון/אגף שיקום נכים על השינוי בסטטוס המבוטח לחברת הביטוח.
- 5.1.5. במידה והתקבל ערעור המבוטחים כאמור לעיל, והם מימשו זכאותם וישלמו דמי ביטוח במישרין למבטח בתקופת הביניים, יוחזרו להם ע"י המבטח דמי הביטוח ששולמו על ידם בתקופת הביניים ובעל הפוליסה יישא בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.
- 5.1.6. אולם אם זכאותם המחודשת הוכרה בעקבות ועדה רפואית חוזרת ו/או תביעה נוספת שהתקבלה, ובתקופת ביטול זכאותם באגף השיקום הם מימשו זכאותם להמשך הביטוח על ידי תשלום למבטח, לא יהיו זכאים להחזר דמי הביטוח מבעל הפוליסה עבור אותה תקופה, וזכאותם המחודשת תהיה מיום העלאת דרגת הנכות המוכרת ואילך.

- 5.1.7. לאחר עבור 12 החדשים ממועד ביטול זכאותם לביטוח כאמור לעיל, יהיו מבוטחים אלה זכאים לביטוח פרטי אצל המבטח ברצף ביטוחי מלא ללא הצהרת בריאות כקבוע בסעיף ההמשכיות שלהלן.
- 5.2. באחריות המבטח לשלוח למבוטחים הודעה בכתב בכל מקרה כמתואר לעיל וזאת במידה וקיבל את העדכון הנדרש מבעל הפוליסה על ביטול ההסכם, על סיבת הביטול ועל אפשרויות המשכת הביטוח, באילו תנאים ובאילו אמצעי גבייה. במקרה בו בוטל ההסכם לכל המבוטחים תישלח הודעה על תום ההסכם על ידי המבטח לכל אחד מהמבוטחים, בתיאום מלא עם בעל הפוליסה.
- 5.3. אין באמור בסעיף שדלעיל כדי לגרוע מחבותו של המבטח למקרי ביטוח אשר אירעו במהלך תקופת הביטוח, גם אם התביעה בגינם הוגשה לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות בדבר התיישנות התביעה.

6. המשכיות - רצף ביטוחי בתום הביטוח או הפסקתו

- 6.1. מבוטחים ששם לגביהם הביטוח ע"פ פוליסה זו מכל סיבה שהיא, כמפורט בסעיפים שדלעיל, יהיו זכאים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של חברת הביטוח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ההסכם הקולקטיבי. הצירוף לפוליסה הפרטית יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבפוליסה הקולקטיבית, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. למען הסר ספק, מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים.
- 6.2. סיום ההסכם/ביטולו - נסתיימה תקופת הביטוח ולא חודש ההסכם או בא ההסכם אל סיומו במהלך תקופת הביטוח, יהיו זכאים כל המבוטחים לרצף ביטוחי מלא בפוליסת פרט אצל המבטח. המבוטח יהא זכאי להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות ו/או הפוליסות הפרטיות הקיימות אצל המבטח בהרכב דומה או מופחת לכיסויים שבהסכם זה, לפי דרישת המבוטח, בתנאים שיהיו קיימים בפוליסה הפרטית באותה עת, ובהנחה בגובה 25% מתעריף הביטוח הרשמי של המבטח למשך כל חיי הפוליסה, וזאת אם יודיע המבוטח על רצונו להמשיך בפוליסת פרט כאמור לעיל תוך 90 יום ממועד סיום ביטוח מכל סיבה שהיא ע"פ פוליסה זו. הצירוף לפוליסה הפרטית במועד זה יהא ללא כל תקופת אכשרה וברצף ביטוחי מלא לגבי הכיסויים החופפים. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שהיו לו בפוליסה זו, יידרש למלא הצהרת בריאות בגין תוספות אלו. למען הסר ספק מובהר כי בעת המעבר לפוליסת הפרט לא תידרש הצהרת בריאות אם לא יתווספו כיסויים חדשים. מוסכם כי רצף הזכויות במעבר לפוליסת הפרט וההנחות כאמור לעיל, יינתנו למבוטח בתום תקופת הביטוח, רק במידה והביטוח הקולקטיבי לא חודש בחברת ביטוח כלשהי לגבי כלל המבוטחים. במקרה כזה יפנה המבטח בכתב לכל מבוטח (או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם), ויציע למבוטח את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסות המשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. המעבר לפוליסת המשך יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבוטח לפוליסת המשך לא חודש הביטוח הקבוצתי אצל מבטח אחר.
- 6.3. המבוטח יציין בצמוד לסעיף "המשכיות" בפירוט המידע הניתן למבוטח בהתאם להוראות החוזר בסעיף 6.1 כי המעבר לפוליסת המשך יהא בתשלום דמי הביטוח על ידי המבוטח, בדמי ביטוח שייקבעו לפוליסת המשך הנ"ל על ידי המבטח ובכפוף להנחות שצוינו לעיל. המעבר לפוליסת המשך יהא כרוך בהעלאת פרמיה למבוטח.

7. חריגי מצב רפואי קודם

- 7.1 הנכות המוכרת של כל מבטח המבטח על פי הסכם זה, תהווה את הבסיס לתנאי קבלתו לביטוח זה ותהווה את החריג לאחריות המבטח בפוליסה זו. החריג יהא בתוקף לכל תקופות הביטוח. יחד עם זאת, מודגש כי חריגי מצב רפואי הנוגעים לנכות המוכרת של כל המבטחים כאמור לעיל לא יבוטלו, שכן הינם סייגים מפורשים אשר הוחרגו לכל מבטח על פי נכותו המוכרת למשך כל תקופות הביטוח כל עוד לא שונו על ידי המבטח.
- 7.2 על כל מצב רפואי קודם כמוגדר בביטוח זה של המבטח בביטוח זה, שאינו מהווה את הנכות המוכרת, יחולו כללי מצב רפואי קודם. תוקף החריגים יהא כדלהלן:
- 7.2.1 למבטחים שגילם מתחת לגיל 65 יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של שנה אחת ממועד הצטרפותם לביטוח- להסכם זה או להסכם קודם- המוקדם מבין השניים.
- 7.2.2 למבטחים שגילם 65 ומעלה יחולו חריגי מצב רפואי קודם במשך תקופה של 6 חודשים ממועד הצטרפותם לביטוח - להסכם זה או להסכם קודם- המוקדם מבין השניים.
- 7.2.3 למען הסר ספק, בחלוף התקופות המפורטות לעיל, יבוטלו חריגי מצב רפואי קודם הנ"ל, והמבטח יהא מנוע מלטעון לאי חבותו לכיסוי על פי פוליסה זו בגין התקיימות חריג כלשהו מחריגי מצב רפואי קודם.

8. דמי הביטוח

- 8.1 דמי הביטוח החדשיים בש"ח עבור כל מבטח בגין הביטוח על פי הסכם זה יהיו בסך 36.70 ₪ (צמוד למדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח).
- 8.2 קביעת דמי ביטוח- תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:
- מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

9. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

- 9.1 בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה למבטח את רשימת המבטחים כמוגדר לעיל, רשימה אלקטרונית במדיה אופטית- אם ניתן (כפי שיוסכם בין הצדדים)- הכוללת את שמות כל המבטחים הקיימים כהגדרתם לעיל, תאריכי לידתם, מספר תעודת הזהות

- שלהם, מינם, כתובתם, ודמי הביטוח החודשיים המשולמים בגינם על פי הסכם זה ומועד תחילת תשלומם עבור נכה צה"ל ע"י בעל הפוליסה.
- 9.2. לא יאוחר מ-15 בכל חודש, ימסור בעל הפוליסה למבטח רשימה אלקטרונית עדכנית של המבוטחים במדיה אופטית.
- 9.3. במקרה בו תיפול טעות בשם או ששמות מבוטחים כלשהם יישמטו מהרשימות הנ"ל, הם יוספו לאחר בירור, וזאת אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד. מבוטחים כנ"ל ייהנו ממלוא הזכויות שעפ"י תנאי הפוליסה.
- 9.4. נתונים על מצטרפים לביטוח יועברו למבטח על ידי בעל הפוליסה לא יאוחר משלושה חודשים ממועד צירופם לביטוח.
- 9.5. בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

10. הצמדה

- 10.1. סכומי הביטוח הקובעים, וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי החברה ו/או המבוטח, לפי העניין, צמודים למדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל.
- 10.2. דמי הביטוח, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח הכל לפי העניין, צמודים למדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע תשלום דמי הביטוח.
- 10.3. חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע ביום שבו בוצע התשלום בפועל או המדד הידוע בראשון לחודש עבורו מבוצע התשלום, לפי העניין, לבין המדד הידוע בתאריך תחילת הביטוח.

11. תגמולי ביטוח

- 11.1. עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות שבהסכם או ישלם למבטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, כמפורט להלן:
- 11.2. במקרה של תשלום ישירות לנותן השירות, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח על פי דרישת נותן השירות תוך 14 ימי עבודה מקבלת דרישת נותן השירות, למעט במקרים דחופים (לרבות במקרה שקיים מועד קרוב לביצוע ניתוח), בהם תומצא ההתחייבות הכספית תוך יום עבודה אחד בלבד. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.
- 11.3. במקרה של תשלום למבטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, ישלם המבטח למבטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ-30 ימי עבודה מיום קבלת הקבלות מקוריות או העתקן והמסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.
- 11.4. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בנספחי ההסכם, ובלבד שהמבוטח זכאי לקבלת תגמולי הביטוח על פי תנאי הפוליסה. במקרים בהם נותן השירות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כיסוי כספי כנדרש על ידי נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכיסוי הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו.
- 11.5. תגמולי ביטוח, אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 11.6. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים

ביום הכנת התשלום על ידי המבטח. המציא המבוטח למבטח מסמך המוכיח את שער מטבע החוץ על פיו רכש את המטבע הנ"ל ו/או מסמך מחברת האשראי במידה ושילם בכרטיס אשראי, ישופה בש"ח בגין הוצאות אלו בהתאם לשער זה. אין בידי הוכחה לגובה השער, ישופה בהתאם לשער המכירה כאמור לעיל.

- 11.7. נפטר המבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח, עפ"י העניין ובהתאם לתנאי הפוליסה.
- 11.8. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים המצוינים בנספחים א'-ד'.

12. תחלוף (סברוגציה)

- 12.1. מששילם המבטח תגמולי ביטוח ו/או המבוטח קיבל את השירות, עוברת למבטח, 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 חברות בקופת חולים ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו, למעט האמור להלן בס"ק 12.6 למען הסר ספק מובהר בזאת, כי המבוטח מתחייב לחתום על מסמכי שיבוב לבקשת המבטח.
- 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 ישלם את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.
- 12.3. במידה והמבוטח הגיע לפשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות אשר עברה למבטח, מבלי שניתנה הסכמת המבטח לכך, בנוגע לשיפוי בגין מקרה הביטוח שקיבל המבוטח מצד שלישי ואשר שולם ע"י המבטח, ואשר חלות עליו הוראות סעיף 12.1 דלעיל, על המבוטח לפצות את המבטח בשל כך, עד גובה הפגיעה בזכותו.
- 12.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש לשם מימוש זכותו של המבטח.
- 12.5. על אף האמור בסעיפים 12.1-12.4 לעיל, פיצוי המשולם על פי פוליסה זו או נספח מנספחיה או נספח או תנאי מתנאיה לא יחשב במסגרת הוראות סעיף זה ולמבטח לא תהא כל זכות תחלוף בנוגע לתשלומים אלו.
- 12.6. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

13. חריגים כלליים אשר יחולו על הסכם זה ועל נספחיו

- 13.1. מקרה הביטוח התקיים ו/או אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או בתקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 13.2. סייג בשל מצב רפואי קודם:
- מקרה ביטוח שגורם ממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 13.2.1. חריג 13.2 יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בתחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
- א. פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

- 13.2.2. סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח, לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 13.2.3. מודגש כי החריגים/על פי סעיף 13.2.1 דלעיל, יחולו רק על מקרה ביטוח שאינו נוגע לנכות המוכרת. הנכות המוכרת אצל כל מבוטח מוחרגת, למשך כל תקופת הביטוח שעל פי פוליסה זו.
- 13.3. המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח עפ"י אחד או יותר מנספחי הסכם זה ונספחיו אם מקרה הביטוח הינו תוצאה ישירה ו/או מקרה ביטוח הנובע במישרין מ:
- 13.3.1. שירותו של המבוטח בצבא כשירות חובה, קבע או מילואים או במשטרה, או השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית. אם מקרה הביטוח נובע במישרין משירות זה, והמבוטח זכאי לפיצוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 13.3.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, אם זכאי המבוטח לפיצוי מגורם ממשלתי ו/או גורם אחר, שהכיר בחבותו לפיצוי ו/או טיפול במבוטח, למעט מקרים בהם זכאי המבוטח לפיצוי חלקי, בהם יישא המבטח ביתרת העלות.
- 13.3.3. השתתפות פעילה של המבוטח במעשה חבלה, עוון או פשע כהגדרתם בחוק הפלילי. על אף הקבוע בסעיף זה, הוא לא יחול על עברות על פי החוק הפלילי הנוגעות לתאונות דרכים.
- 13.3.4. אלכוהוליזם של המבוטח. אלכוהוליזם לעניין חריג זה, הנה התמכרות של המבוטח לשתיית משקאות משכרים באופן כרוני.
- 13.3.5. התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת בין אם המבוטח היה שפוי ובין אם לא.
- 13.3.6. שימוש בסמים על ידי המבוטח, למעט אם השימוש נעשה על פי הוראות רופא ובפיקוחו.
- 13.3.7. פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי (קבלת שכר על פעילותו הספורטיבית) תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 13.3.8. קרינה רדיואקטיבית, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני או פסולת גרעינית כלשהי.
- 13.3.9. לידה, למעט לידה בניתוח קיסרי ולמעט הפסקת הריון אשר אושרה על ידי הוועדה המאשרת מטעם משרד הבריאות.
- 13.3.10. טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים למטרת יופי ו/או אסתטיקה, למעט טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח ורופא מומחה מטעם המבטח אישר קביעה זו, כדוגמת ניתוח שחזור שד אחרי כריתת שד או כל ניתוח שחזור אחר, צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה, ניתוח אף הקשור במערכת הנשימה, הקטנת חזה שסיבתה רפואית וכדומה.
- 13.3.11. טיפולים רפואיים ו/או ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים, למעט ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשיניים.
- 13.3.12. טיפול רפואי ו/או ניתוח הקשור בפוריות ו/או בעקרות ו/או עיקור מרצון.
- 13.3.13. טיפול רפואי ו/או ניתוח ניסיוני ו/או טיפולים רפואיים הדורשים אישור וועדת הלסינקי ו/או אישור מכל גורם אחר שבא במקום וועדת הלסינקי, אלא אם נאמר אחרת.

14. תקופת אכשרה

על הכיסויים שעל פי הסכם זה לא תחול תקופת אכשרה.

15. תביעות

- 15.1. בכפוף למילוי התחייבויות בעל הפוליסה והמבוטח לפי הסכם ביטוח זה, מתחייב המבוטח לממן ו/או לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים בהתאם לנספחים המצורפים להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו, ובתנאי שהסכם זה היה בתוקף לגבי אותו מבוטח ושמו מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבוטח בהתאם להוראות הסכם זה.
- 15.2. בקרת מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בכל צורך בשירות אחר המכוסה עפ"י ההסכם, יודיע על כך ישירות למבוטח או באמצעות היועצים ויקבל את אישורו בכתב תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לבירור חבות המבוטח במשרדי המבוטח, ובמקרה חירום תוך יום עבודה אחד לביצוע הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל או ביתר השירותים המכוסים על פי הסכם זה. קבלת האישור יכול שתהא מראש, על פי הנדרש בנספחי הסכם זה, ולפי העניין.
- 15.3. קבלת אישור המבוטח כאמור מראש, הוא תנאי לאחריות המבוטח על פי הסכם זה. אישור המבוטח לעניין זה משמעו אישור העובדה כי המבוטח אכן מבוטח במסגרת הסכם זה, כי מקרה הביטוח אכן מוגדר כמקרה ביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכי לא חל אף אחד מהחריגים העשויים לשלול את זכאותו של המבוטח.
- 15.4. אם בוצע טיפול רפואי עקב מצב חירום רפואי, שחייב טיפול רפואי דחוף במבוטח ושמו ממועד להודיע למבוטח מראש על כך, ידון המבוטח בתביעה לאחר הטיפול הרפואי ויאשר אותה אם היא עומדת בהוראות ההסכם והתקבל אישור רפואי להיות הטיפול הרפואי חירום דחוף, בתנאי שהדבר הובא לידיעת המבוטח באמצעות היועצים תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום שחרורו מבית החולים, למעט אם המבוטח היה מחוסר הכרה שאז ידווח על מקרה הביטוח תוך עשרה (10) ימי עבודה מיום ששבה אליו הכרת ו/או ממועד שחרורו מבית החולים המאוחר בין השניים.
- 15.5. המבוטח ימסור למבוטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבוטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 15.6. אם יידרש לכך על ידי המבוטח, המבוטח ימסור למבוטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבוטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיגם או רשאי לקבלם. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון, או חשבון אישי מכוון.
- 15.7. אם יידרש לכך על ידי המבוטח, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא ו/או אחות ו/או מרפא בעיסוק מטעם המבוטח ועל חשבון המבוטח.
- 15.8. אישר המבוטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השרות או למבוטח לפי העניין, והכול כמפורט בסעיף לעיל.
- 15.9. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבוטח את הקבלות מקוריות או העתק בגין התשלומים בהם נשא, אלא אם נאמר מפורשות אחרת. היה ואין ביכולות של המבוטח להציג העתק של המסמכים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים ואישור אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

- 15.10. בתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוחים בחו"ל, השתלות או טיפולים מיוחדים בחו"ל (נספח א'), אישר המבטח ביצוע הטיפול בחו"ל אזי:
- 15.10.1. תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את הניתוח או ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל. במקרים בהם נותן השירות ו/או הגורם המבצע אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהא המבוטח זכאי לקבל מהמבטח כסיו כספי כנדרש על יד נותן השירות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השירות, והכל בתנאי שהכסיו הנדרש מכוסה על פי פוליסה זו. המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 15.10.2. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות או העתקן.

16. וועדת ערר

- 16.1. וועדת ערר משמעה ועדה המורכבת משלושה נציגים של בעל הפוליסה, ומשלושה נציגים של המבטח. כאשר שניים - שהם שני נציגים מכל צד - יהוו קוורום חוקי ודרך פעולתה תוסדר בהסכם בין בעל הפוליסה ובין המבטח. במידת הצורך אחד מהנציגים בוועדת הערר יהא רופא בהכשרתו או משפטן בהכשרתו ומקובל על הצדדים.
- 16.2. נדחתה תביעתו של מבוטח לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו באופן מלא או חלקי, מנימוקים רפואיים ו/או אחרים, למעט בגין סייג הנכות המוכרת, תימסר לו הודעה מנומקת על ידי המבטח, המפנה את תשומת ליבו לזכותו להגיש ערר לוועדת ערר, וזאת בתוך 60 יום מיום שנמסרה לו ההודעה.
- 16.3. המבוטח יהיה רשאי להגיש לוועדת הערר מסמכים וחוות דעת רפואית ו/או אחרת כפי שימצא לנכון או יתבקש ע"י הוועדה. כמו כן, הוועדה תאפשר למבוטח ו/או לבא כוחו להופיע בפניה.
- 16.4. המבטח יעביר לוועדה את כל החומר הנוגע לתביעה והמצוי בידו, בין אם הועבר לידו על ידי המבוטח ובין אם הגיעו לידיו שלא באמצעות המבוטח.
- 16.5. וועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 16.6. החלטות ועדת הערר יתקבלו ברוב קולות. במקרה של שיווין קולות תהיה לנציג בעל הפוליסה - ראש אגף שיקום נכים או למי שימונה על ידו זכות הכרעה, והכרעתו תהיה סופית ובלתי ניתנת לערעור ותחייב את המבטח.
- 16.7. החלטת הוועדה תחייב את המבטח ותחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח. אין בהחלטת ועדת הערר או בפנייה אליה, בכדי לפגוע בזכויות המבוטח לפנות לערכאות משפטיות לצורך בירור זכאותו עפ"י הפוליסה.
- 16.8. תביעות אשר הועברו להחלטתה של ועדת הערר, לא תחשבנה לעניין הפוליסה כתביעות תלויות, אלא כתביעות שנדחו, וזאת עד להחלטת הוועדה בתביעה.
- 16.9. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה תוך זמן סביר מהיום בו הוגשה אליה התביעה, אך לא יאוחר מ-60 יום. במקרים דחופים תתכנס הוועדה בהקדם האפשרי.
- 16.10. תקופת ההתיינות בוועדת הערר לא תיכלל במנין תקופת ההתיישנות של תביעת מבוטח.

17. ועדת ערר מיוחדת

- 17.1. נדחתה תביעת מבוטח, בנימוק כי מקרה הביטוח הינו באחריות משרד הביטחון בגין סייג הנכות המוכרת, יועבר תוך 7 ימי עבודה, כל החומר לבדיקתו של הרופא המוסכם. הליכי בחירת הרופא המוסכם הנ"ל ייקבעו בהסכם שגובש בין הצדדים. החלטת הרופא המוסכם תהא סופית ותכובד על ידי כל הצדדים.

- 17.2. לא הצליח הרופא המוסכם על הצדדים כאמור לעיל, לגבש החלטה, היות והעניין שבמחלוקת חורג מתחום התמחותו ו/או ידיעתו, יובא הדבר בפני ועדת הערר המיוחדת, שהרכבה היא נציג בעל הפוליסה ונציג המבטח, אשר תתכנס תוך עשרה ימי עבודה מיום קבלת ההודעה ותכריע בנושא. לא הגיעו חברי הוועדה להסכמה תוך 14 ימי עבודה, ימונה ע"י בעל הפוליסה וע"י המבטח בהסכמה "הרופא הממונה", אליו יועבר כל החומר לצורך מתן ההכרעה, והכרעתו של הרופא הממונה בעניין תהא סופית.
- 17.3. מודגש כי כל החלטה על פי סעיף זה הינה לצורך מקרה ביטוח הנוגע והנובע מתנאי פוליסה זו בלבד, וכי לא יהיה בה כדי לחייב את מי מהצדדים לנושא החורג מתנאי פוליסה זו.
- 17.4. עלות הרופא המוסכם ועלות הרופא הממונה תשולם ע"י המבטח.

18. מיסים, היטלים ותשלומים

- 18.1. בעל הפוליסה או המבטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.
- 18.2. המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.
- 18.3. מוסכם ומובהר כי כל הוצאה או תשלום שלא הוטלו באופן מפורש על המבטח ו/או על בעל הפוליסה על פי הסכם זה והוראות הדין יושתו על המבטח בלבד.

19. התיישנות התביעות

תקופת התיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

20. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל

אחריות המבטח מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין השתלות בחו"ל וניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל. יובהר, מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

21. שינוי ההסכם במהלך תקופת הביטוח

אחת לשנה רשאי בעל הפוליסה לדרוש מהמבטח שינוי בתנאי הפוליסה ו/או שינוי בהיקפי הכיסוי הביטוחי ו/או הוספת כיסויים ו/או הפחתת כיסויים. השינויים המבוקשים יבוצעו בכפוף להסכמת המבטח, ולשינוי דמי הביטוח בהתאם, אם יידרש.

אין בשינוי כלשהו לגרוע בדרך כלשהי ממקרי ביטוח שאירעו בתקופה שקדמה למועד השינוי.

22. הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב

- 22.1. החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת.
- 22.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח 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.

23. מתן מסמכים והודעות למבטח

23.1. החברה תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, 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.

23.2. "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 החברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:

1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
 2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
 3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.
- 23.3. חלה על בעל הפוליסה חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח החברה לבעל הפוליסה, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין החברה ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת בעל הפוליסה.
- 23.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.
- 23.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

- 23.5.1. שינוי בדמי הביטוח - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה 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 שנכללה בפוליסה.
- 23.5.2. "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין המבוטח לחברה על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

23.6. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור תמסור החברה למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו המבוטח, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

24. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

24.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.4.2 לעיל והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח 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.

24.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.4, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך

שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 2.4.2.2 לעיל; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

24.3. על אף האמור בסעיף 4.2 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

פרק א': השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה (לסעיף 1 בנספח א'), יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1 "השתלה" - השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות האלה:

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או הוצאה, שנלקח מבעל חיים במקומם.

1.1.3 השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

1.2 "הוצאות מוכרות" - הוצאות ישירות בגין השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בנספח זה.

1.3 "טיפול מיוחד בחו"ל" - ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים בחו"ל או ניתוח/ טיפול מיוחד בחו"ל הדרוש למבוטח להצלת חוש הראיה או השמיעה, אשר מתקיים לגביהם אחד מהתנאים האמורים בסעיפים הבאים:

1.3.1 לא ניתן לבצע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין להם טיפול או ניתוח חלופי בישראל.

1.3.2 זמן המתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן המתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל המתנה עלולה להיגרם החמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחיי המבוטח.

1.3.3 קיים בחו"ל ניסיון מוכח רב יותר (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד, מאשר בישראל.

1.3.4 הניתוח ו/או הטיפול המיוחד, דרוש למבוטח למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

טיפול חלופי לעניין סעיף זה הינו טיפול שנועד להשיג תוצאות רפואיות בשיעור הצלחה זהה לפחות לטיפול החלופי (סעיף 1.3.1), ובלבד שאין בו לגרום למבוטח לנזק או לתופעות לוואי חמורות יותר.

2. מקרה ביטוח

2.1 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה בישראל או בחו"ל, כהגדרתה לעיל.

2.2 מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתו לעיל.

3. תנאי זכאות

3.1 להשתלה - המבוטח יהיה חייב בכיסוי השתלה שמתקיימים בה כל התנאים המצטברים הבאים:

3.1.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע ההשתלה.

- 3.1.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.
- 3.1.3. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
- 3.1.4. ההשתלה בוצעה בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח.
- 3.2. **טיפול מיוחד בחו"ל** - המבטח יהיה חייב בכיסוי טיפול מיוחד בחו"ל שמתקיימים בו כל אחד מהתנאים המצטברים הבאים:
 - 3.2.1. רופא מומחה מטעם המבטח בתחום הרפואי הרלוונטי, שהינו בדרג של מנהל או סגן מנהל מחלקה בב"ח בישראל, אשר קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.3 לעיל.
 - 3.2.2. הטיפול המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני למטרות מחקר או חקירה או הינו טיפול לא קונבנציונאלי.
 - 3.2.3. הטיפול המיוחד בחו"ל ייעשה על פי אמות מידה אתיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.

4. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה, בכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח או בגין הטיפול המיוחד בחו"ל כמפורט להלן: (יובהר כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה 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 לעניין איסור סחר באיברים.

4.1. להשתלה ו/או השתלות במסלול שיפוי- הוצאות כמפורט בסעיף 4.4 להלן, לביצוע השתלה במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם- שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת, במקרה של ביצוע ההשתלה על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות להשתלה יהא עד לסכום ההוצאות להשתלה המבוצעת באמצעות נותני שירות שבהסכם או עד ל: 5,000,000 ₪ להשתלה על פי סעיף 1.1.1 ועל פי סעיף 1.1.3, ו-3,000,000 ₪ להשתלה על פי סעיף 1.1.2 - הגבוה מביניהם ובכפוף לאמור בסעיפים 4.4.1-4.4.12 ולתקרות המפורטות בהם, אם וככל שקיימות תקרות.

4.2. להשתלה ו/או השתלות במסלול פיצוי-

השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, למעט השתלה על פי סעיף 1.1.3, בלא השתתפות המבטח יינתן פיצוי חד-פעמי בסך 350,000 ₪. במידה וההשתלה תבוצע בישראל ללא השתתפות המבטח במימון עלות ההשתלה, למעט במקרה של השתלה על פי סעיף 1.1.3, יועמד הפיצוי על סך של 80,000 ₪ בלבד. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי מבוטח שבחר במסלול פיצוי על פי סעיף זה לא יהא זכאי לכל הוצאה אחרת המפורטת להלן ולעיל, המכוסה במקרה ביצוע ההשתלה במסלול שיפוי, כמפורט בסעיפים 4.1 ו-4.4, למעט תשלום גמלה כמפורט בסעיף 4.4.16 להלן ובסעיף 4.4.17 להלן.

4.3. **טיפול מיוחד בחו"ל**- הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים המהווים מקרה ביטוח אחד הינו 1,000,000 ₪ אצל ספקי שירות שאינם בהסכם, ובמקרה של ביצוע טיפול מיוחד אצל ספקי שירות שבהסכם, שיפוי הוצאות ללא תקרת עלות כוללת - והכל בכפוף לאמור בסעיפים 4.4.1-4.4.15 ולתקרות הקיימות בהם, אם וככל שאילו קיימות.

- 4.4. השיפוי - כמוגדר בסעיפים 4.1 ו-4.3 לעיל יהא בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן ולתקרות הקיימות בהם, אם וככל שאילו קיימות:
- 4.4.1. הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה;
- 4.4.2. הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 ימים לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד;
- 4.4.3. הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.4.4. הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הוא קטין, והוצאות שיבתם לישראל;
- 4.4.5. הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה;
- 4.4.6. הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל;
- 4.4.7. הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ;
- 4.4.8. הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל - עד 300,000 ₪;
- 4.4.9. הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים - עד 200,000 ₪;
- 4.4.10. הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה - עד 250,000 ₪;
- 4.4.11. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ₪; על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא;
- 4.4.12. הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים;
- 4.4.13. הוצאות לטיפולו המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל - עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל;
- 4.4.14. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪;
- 4.4.15. המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, אשר אינו מסובסד ע"י קופת החולים של המבוטח מסגרת סל הבריאות - עד לתקרה של 100,000 ₪. לא יהא כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות, שעל פי נספח ב'.
- 4.4.16. גמלת החלמה לאחר השתלה:
- 4.4.16.1. במקרה של השתלה שבוצעה על פי נספח זה (למעט במקרה של השתלה על פי סעיף 1.1.3), ישלם המבוטח למבוטח, בנוסף

לכל תשלום על פי ביטוח זה, תשלום חודשי בסך 5,500 ₪ למשך התקופה המרבית של 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל. על אף האמור לעיל, מבוטח אשר זכאי לגמלה המפורטת ויהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי בגובה 96,000 ₪.

4.4.16.2. מבוטח אשר עבר השתלה על פי סעיף 1.1.3, יהא זכאי לקבלת הגמלה החודשית בסך 5,500 ₪, בתנאי שהנו נמצא במצב של אובדן כושר עבודה וכל עוד הוא נמצא במצב זה, ועד לתקופה המרבית של 24 חודשים החל מהחודש בו בוצעה ההשתלה בפועל. אובדן כושר עבודה לעניין זה, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לחזור ולעסוק בתחום עיסוקו טרם ביצוע ההשתלה בפועל.

4.4.17. על אף האמור בסעיף 4.4.16.1, מבוטח אשר זכאי לגמלה המפורטת בסעיף 4.4.16.1 יהיה מעוניין לעשות כן, יוכל לקבל את הגמלה בתשלום אחד וחד פעמי בגובה 96,000 ₪.

4.4.18. קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו: 4,500 ₪; לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה, "מועמד להשתלה" - מבוטח שקיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה;

4.4.19. המשך טיפול תרופתי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, אשר אינו מסובסד ע"י קופת החולים של המבוטח מסגרת סל הבריאות- עד לתקרה של 100,000 ₪. לא יהא כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות, שעל פי פרק ב'.

5. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בפוליסה זו יחולו במלוא תוקפם גם על נספח זה, לרבות תחולת חריג מצב רפואי קודם.

פרק ב': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

1. הגדרות
2. בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה (לסעיף 4 בנספח א'), יחולו על נספח זה ההגדרות הנוספות שלהלן:
 - 2.1. **"בית מרקחת"** - מקום המורשה על פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור, כולל בית מרקחת הממוקם בבית חולים.
 - 2.2. **"סכום השיפוי המרבי"** - גובה תגמולי הביטוח המירביים שישלם המבטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי נספח זה, במהלך כל תקופת הביטוח.
 - 2.3. **"בדיקה גנטית"** - בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות;
 - 2.4. **"טיפול תרופתי"** - נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך;
 - 2.5. **"מדינות מוכרות"** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA);
 - 2.6. **"מרשם"** - מסמך רפואי חתום ביד רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש;
 - 2.7. **"סל שירותי הבריאות"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תוכנית השב"ן;
 - 2.8. **"רופא מומחה"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות) התשל"ג 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה;
 - 2.9. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי, שנועד לאבחן או לטפל במצב רפואי, מניעת החמרתו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה;
 - 2.10. **"תרופת יתום"** - תרופה לטיפול במחלה נדירה;
 - 2.11. **"תרופה מיוחדת"** - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבטח קיבל אישור לייבוא אישי של תרופה, מכוח תקנה 29 (א') (3) לתקנות הרוקחים (מכשירים) התשמ"ו-1986.
 - 2.12. **"תרופה ניסיונית"** - תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label כהגדרתה להלן ושמתיקיים לגביה אחד מאלה:
 - 2.12.1. תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו
 - 2.12.2. תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולית המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבטח;
 - 2.12.3. תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני;

2.13. "תרופה Off Label" תרופה שהרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שאחד מהמפורטים להלן הכיר ביעילות התרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח:

2.13.1. פרסומי ה-FDA;

2.13.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

2.13.3. US Pharmacopoeia - Drug Information

2.13.4. Drugdex (Micromedex)

ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:

2.13.4.1. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa;

2.13.4.2. חוזק הראיות - (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B;

2.13.4.3. יעילות - (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa;

2.13.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ, באחד מה-National Guidelines שמפרסם אחד מאלה לפחות:

2.13.5.1. NCCN

2.13.5.2. ASCO

2.13.5.3. NICE

2.13.5.4. Esmo Minimal Recommendation

2.13.5.5. שלושה פרסומים מדעיים אחרים

3. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר משני המצבים האלה:

3.1. מצבו הרפואי של המבוטח מחייב אותו, לפי הוראות רופא מומחה או רופא בית חולים, לקבל טיפול תרופתי, באמצעות אחת או יותר מהתרופות המפורטות להלן:

3.1.1. תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

3.1.2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח;

3.1.3. תרופה OFF LABEL;

3.1.4. תרופת יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם;

3.1.5. תרופה מיוחדת;

3.2. מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזה המפקח על הביטוח 1-18-2015 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי".

4. התחייבות המבוטח

- 4.1. המבוטח ישפה את המבוטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי כמפורט בסעיף 4.4 להלן בכפוף לתנאים המצטברים שלהלן:
 - 4.1.1. המבוטח יפנה לאישור המבוטח קודם לרכישת התרופה וכנגד מרשם החתום ע"י רופא מומחה.
 - 4.1.2. המציא המבוטח למבוטח מרשם לתרופה חתום ע"י רופא מומחה.
 - 4.1.3. היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת תוכנית השב"ן (ביטוח משלים) בקופת החולים בה הוא חבר, ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח, בכפוף לאמור בסעיף 5 להלן.
- 4.2. הוצאות בגין טיפול תרופתי ישולמו על ידי המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן בלבד, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד.
- 4.3. לא ינתן כיסוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים אשר טרם נרכשו על ידי המבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן שירות לטיפולים תרופתיים.
- 4.4. סכום השיפוי המירבי
 - 4.4.1. בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיפים 3.1.1-3.1.4 - עד 3,000,000 ₪ לכל שנתיים ממועד תחילת הפוליסה.
 - 4.4.2. בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 3.1.5 - עד 1,000,000 ₪ לכל שנתיים ממועד תחילת הפוליסה, ולא יותר מ-200,000 ₪ לחודש.
 - 4.4.3. בשל מקרה הביטוח המפורט - בסעיף 3.2 - עד 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 4.5. הוצאות בגין טיפול הכרוך במתן התרופה ישולמו על ידי המבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתקן, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד, לרבות ולא רק בגין הזרקת התרופה, מתן עירוי דם, כיסוי הוצאות חדר ניתוח, מנתח, מרדים וכיוצ"ב.
- 4.6. אם מקרה הביטוח ארע בתוך תקופת הסכם זה, ישולמו תגמולי הביטוח בגין אותה/ן תרופה/ות ועד למיצוי מלוא סכום השיפוי, וכל עוד המבוטח נוטל את אותה/ן התרופה/ות, אף אם נטילתה הינה לאחר תום תקופת הביטוח.

5. השתתפות עצמית

- 5.1. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 180 ₪ למרשם תרופתי חודשי, אך לא יותר מ-540 ₪ לחודש בגין סך כל המרשמים שיציג המבוטח בגין אותו החודש.
- 5.2. היה המבוטח זכאי לרכישת התרופה במסגרת ביטוח משלים בקופת החולים בה הוא חבר ונדרש בתשלום השתתפות עצמית בלבד, ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ההשתתפות העצמית בה נדרש המבוטח בניכוי 180 ₪.
- 5.3. על אף האמור בסעיפים 5.1 ו-5.2 לעיל, לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 ₪.

6. חריגים מיוחדים לנספח זה:

6. בנוסף לחריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, נספח זה אינו מכסה את המפורט להלן:
 - תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים, תרופות גמילה מעישון, תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים, טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.

פרק ג': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות יהיו הגדרות אילו בתוקף עבור נספח זה.

- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין שבוצעה לאחריו.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף.
- 1.3. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חדיריתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול; השתלה או זריקה לא תחשב ניתוח.
- 1.4. **"ניתוח מורכב"** - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.
- 1.5. **"רופא מומחה"** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח;
- 1.6. **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשנ"ג - 1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.7. **"שתל"** - כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

2. מקרה הביטוח

2.1. ניתוחים בחו"ל

מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

מקרה הביטוח הוא קיומם במצטבר של כל התנאים הבאים:

- 2.2.1. מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו (להלן: "הניתוח" או "הניתוח המוחלף").
- 2.2.2. רופא מומחה בישראל קבע את הצורך בביצוע הניתוח והמליץ על ביצוע הטיפול מחליף ניתוח.
- 2.2.3. הטיפול מחליף ניתוח ניתן על ידי רופא מומחה המורשה על פי כל דין במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע את הטיפול מחליף ניתוח.
- 2.2.4. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים בחו"ל או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול מחליף הניתוח על-פי כל דין במדינה בה הם ממוקמים.

3. הכיסוי הביטוחי

- 3.1. בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבוטח בגין כל ההוצאות הקשורות לניתוח כמפורט בסעיפים 4.1-4.3 להלן על כל סעיפי

המשנה שבו ובהתאם לתקרות הקיימות בהם, אם וככל שאילו קיימות, כמפורט להלן בסעיפים 3.1.2-3.1.1, וזאת בנוסף לפיצוי המפורט בסעיף 4.4:

- 3.1.1. בוצע במבטח ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר.
- 3.1.2. בוצע במבטח ניתוח בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבטח בהיקף של 2% מעלות הניתוח לחברה בארץ, מהמפורסם באתר האינטרנט, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.
- 3.2. בוצע במבטח טיפול מחליף ניתוח המכוסה על פי הסכם זה בחו"ל, ישפה המבטח את המבטח בגין כל ההוצאות הקשורות לטיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיפים 4.1.1-4.1.2 וזאת כמפורט להלן:
 - 3.2.1. בוצע במבטח טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח ואצל ספקי השירות של המבטח, ישפה המבטח את נותן השירות באורח מלא וישיר.
 - 3.2.2. בוצע במבטח טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אשר ביצעו אושר ותואם בכתב מראש על ידי המבטח אצל ספקים שאינם בהסכם עם המבטח, ישפה המבטח את המבטח בהיקף של 250% מהמפורסם באתר האינטרנט, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.
 - 3.2.3. בוצע טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, אולם ביצעו לא תואם מראש על-ידי המבטח, ישפה המבטח את המבטח עד ל-25,000 ש"ח, אך לא יותר מהסכום ששולם בפועל על-ידי המבטח.

4. התחייבות המבטח

- 4.1. הוצאות בסיסיות בקשר עם ביצוע ניתוח בחו"ל:
 - 4.1.1. שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.
 - 4.1.2. כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים, כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
 - 4.1.3. עלות הטסת גופת המבטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.
 - 4.1.4. הוצאות טיסה לניתוח מורכב - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה; במקרה שהמבטח קטין - כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולשני מלווים.
 - 4.1.5. הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
- 4.2. הוצאות נוספות בקשר לביצוע הניתוח:
 - 4.2.1. הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל - עד 1,200 ש"ח לכל התייעצות.
 - 4.2.2. הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ש"ח.
 - 4.2.3. הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי - עד 100,000 ש"ח; אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת - כיסוי מלא.

- 4.2.4 הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.
- 4.2.5 הוצאות עלות שתל שהושטל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪.
- 4.3 הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:
- 4.3.1 עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום.
- 4.3.2 הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 ימים.
- 4.3.3 הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב - עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.
- 4.3.4 הוצאות למוסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה - עד 400 ₪ לכל יום.
- 4.3.5 הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח - עד 100,000 ₪;
- 4.4 נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪.

5. חריגים

- בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בפוליסה לא יכוסו מקרי ביטוח שהינם:
- 5.1 בדיקות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, זריקה, הזלפות כאשר אלה אינם חלק ממהלך הניתוח אלא אם צוין במפורש אחרת בתנאי פרק זה.
- 5.2 השתלות כהגדרתן בפרק ההשתלות, אילו יכוסו ע"פ פרק ההשתלות.
- 5.3 טיפול אלטרנטיבי/ רפואה משלימה כלשהוא.
- 5.4 טיפולי פיזיותרפיה.
- 5.5 טיפולים ניסיוניים.
- 5.6 תרופה, בין אם הינה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו.
- 5.7 מקרה ביטוח שארע למבוטח השווה מרבית ימות השנה (183 ימים ומעלה בשנה) מחוץ למדינה ישראל.
- 5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
- 5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
- 5.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40
- 5.9 טיפולי רפואה משלימה.
- 5.10 טיפולים נפשיים.

- 5.11. השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל;
- 5.12. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי
ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים
מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא
במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה
בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980
- 5.13. בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים,
טיפול היפרתרמי, בדיקות ופעולות הדמיה כגון: MRI ו-CT, אם הן אינן חלק ממהלך
הניתוח או טיפול מחליף הניתוח.

פרק ד': כיסוי הוצאות בגין טכנולוגיות רפואיות

1. הגדרות:

בנוסף להגדרות הכלליות הקבועות בפוליסה, יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1. **טכנולוגיות רפואיות** - הליך או הליכים, אמצעי או אמצעים לאבחון ו/או לטיפול רפואי בגין תאונה ו/או מחלה פעילה כמוגדר להלן, המוכרים בעת ביצועם, על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כטכנולוגיות שגרתיות ומקובלות או טכנולוגיות מתקדמות וחדשניות, בין אם טכנולוגיות אלה כלולות בסל הבריאות ובין אם לא, בין אם הינם קיימים היום ובין שיהיו בעתיד. טכנולוגיות כנ"ל אביזרים רפואיים מסוגים שונים בכללם עזרים ניתוחיים ואחרים, שתלים כמוגדר להלן ומשתלים מיוחדים. ערכות (קייטים) ייחודיים של אביזרים לשימוש במהלך ניתוח (בין מתכלים ובין אחרים), בין אם הינם מושתלים בגוף המבוטח במהלך ניתוח ובין אם לאו (כגון PERCLOSE או HEART PORT וכיוצא), ובדיקות פתולוגיות מיוחדות לקביעת אופן הטיפול לאחר ביצוע ניתוח.

כן, יכללו במסגרת הגדרה זו פעולות הדמיה מסוגים שונים, ובכלל זה הדמיה/יות וירטואלי/יות הבאה/ות כאבחון או כטיפול כהכנה לניתוח או במהלכו או לאחריו כגון: MRI, C.T, PET, US.

מוסכם כי השימוש בטכנולוגיות כמתואר לעיל מטרתם להציל חיים או להאריך חיים או לשפר משמעותית את איכות ההליך הניתוחי המתבצע במבוטח במהלך הניתוח או כהכנה או לאחריו, כתוצאה מאירוע תאונתי ו/או כתוצאה ממחלה פעילה כמוגדר להלן, והינו נזקק בשל כך לשימוש באמצעות הטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל אשר ביצועם ייעודי להכנה לניתוח, במהלכו או לאחריו.

על מנת למנוע כל ספק אפשרי, כל המתואר לעיל, מותנה בקיומם של כל התנאים המצטברים בהגדרת מקרה ביטוח שעל פי פרק זה להלן.

כמו כן מודגש, כי במסגרת ההגדרה הנ"ל לא יהיו כלולים ולא יכוסו הוצאות הניתוח עצמו וטיפולים מחליפי ניתוח.

1.2. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרופאים התשמ"א - 1981 אשר מטרתו לאבחון או לטיפול או לרפא או להקל על הסימפטומים הרפואיים, אשר מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש בישראל כמוגדר בפרק ב' לעיל ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או שאושר לשימוש על ידי הרשויות באיחוד האירופי.

1.3. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE PROCEDURE) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר או באמצעות גל קול, לאבחון או לטיפול, וכן הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צינתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה וכדומה בכל שיטה.

1.4. **שתל** - כל אביזר טבעי או חלק מאביזר טבעי, או אביזר מלאכותי, מנספח מלאכותי או טבעי ובכלל זה משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח (כגון: עדשה, מפרק ירך, סטנט וכו') למעט תותבת שיניים שתל דנטלי ושתל במהלך ההשתלה.

1.5. מחלה פעילה - כל אירוע מחלתי בין אם הינו חדש ובלתי צפוי ובין אם הינו מחלה כרונית מתמשכת אשר התלקחה והדורשת טיפול רפואי.

1.6. טיפול חלופי לניתוח - טיפול רפואי המבוצע כתחליף לניתוח אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע.

1.7. תאונה - חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלה כח פיסי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת את הסיבה היחידה הישירה והמיידית לקרות מקרה הביטוח. כל ההגדרות שלעיל במידה והינן כלולות ונוגעות לפרוצדורות רפואיות נוסחו באופן המיטיב עם המבוטח ביחס להגדרת המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 2004/20 "הגדרת של פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות".

2. מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח בגין תאונה או מחלה פעילה כמוגדר לעיל, תוך שימוש בטכנולוגיות רפואיות כמוגדר לעיל, בתנאי כי התקיימו כל התנאים הבאים במצטבר:

2.1. רופא בתחום הרלוונטי קבע, עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את השימוש בטכנולוגיות הרפואיות הנ"ל.

2.2. אין הטכנולוגיה הנ"ל מהווה תרופה מכל מין וסוג שהוא כמוגדר לעיל, לרבות טיפולים כימותרפיים, בין אם הנה כלולה בסל הבריאות הממלכתי ובין אם לאו. משתל או שתל המפריש תרופה לא יוגדר כתרופה עפ"י פרק זה.

2.3. אין היא כוללת איבר טבעי או מלאכותי מכל מין או סוג שהוא שיעדו להיות מושגל במבוטח או להיות חליף של איבר שתפקידו לפעול במקום האיבר אשר הפסיק לפעול או נכשל בפעילותו, בהתאם לכיסוי על פי פרק ההשתלות.

2.4. אין היא קשורה בהפריה או בהריון או בלידה או בשמירת הריון או בלידה מוקדמת או בטיפול בעובר או בפג.

2.5. אין מטרתה קוסמטית או אסתטית.

2.6. אין היא קשורה למצב נפשי או למחלת נפש או למצב פסיכטי או לטיפול פסיכיאטרי או לטיפול פסיכולוגי.

2.7. אין היא קשורה לטיפול גריאטרי.

2.8. אין הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל מהווה טיפול ניסיוני או מחקרי והשימוש בה אושר ע"י הרשויות המתאימות בישראל.

2.9. אין היא מהווה טיפול או אבחון או פעולה שמטרתה מניעתית מכל סוג שהוא ובכלל זה אינה בגלל מצב תורשתי מכל מין וסוג שהוא.

2.10. אינה מהווה פיתוח ביוטכנולוגי הנוגע בשכפול גנים או לשפעול גנים או להחלפה או לטיפול בגנים או להזרקת תאים עובריים לאיברים שונים.

2.11. הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל בוצעה בישראל בלבד.

2.12. הטכנולוגיה הרפואית הנ"ל אינה טיפול מתחום הרפואה המשלימה.

3. התחייבות המבטח:

3.1. בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח שעל פי פרק זה עד לתקרת סכום השיפוי המרבי בסך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול כמפורט להלן, אך לא יותר מסכומי השיפוי המרביים שנקבעו לכל פעולה הכלולה כמקרה וביטוח כמפורט להלן:

3.1.1. לשתל עד לסך של 25,000 ₪ לכל אביזר אך לא יותר מ-150,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.1.2. להדמיה או לבדיקה/ות עד 15,000 ₪ לכל פעולה / בדיקה ולא יותר מ-100,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.1.3. לכל הליך או פעולה אחרים המוגדר לעיל כטכנולוגיה רפואית היום ולכל הליך או פעולה שיהיו בעתיד, סך של 15,000 ₪ לכל פעולה ולא יותר מ-100,000 ₪

לכל תקופת טיפול. בסך הכל לא יעלה הסך המרבי לכל הפעולות הטכנולוגיות הרפואיות על סך 350,000 ₪ לכל תקופת טיפול.

3.2. תקופת טיפול משמעה - תקופה בת 60 חודשים המתחילה במועד תחילת הטיפול במבוטח, בתנאי כי תקופת הביטוח טרם הסתיימה, (להלן "תקופת הטיפול הראשונה") והיא תחודש למשך 60 חודשים נוספים אך לא יותר מתום תקופת הביטוח. בתום תקופת הטיפול הראשונה יחודש גם סכום השיפוי לאותו מבוטח בסך 350,000 ₪ לתקופת טיפול נוספת בתנאי וכל עוד נמשכת תקופת הביטוח.

4. חריגים

כל החריגים הכלליים הקבועים בהסכם זה, לרבות כל סעיפי המשנה שבו, יחולו גם על פרק זה.

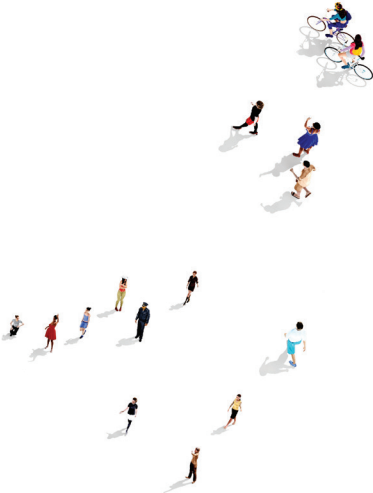
פרטי התקשרות

ווי די בי יועצים בע"מ

03-6911390 

03-6958662 

ydb@ogen.co.il 



סטודיו הרצל

39935.2

הרצל
ביטוח ופיננסים 

אולי יש לך ביטוח בריאות,
אבל אין לך הרצל...

אתר הרצל:
www.harel-group.co.il 