

## **עובד/ת יקר/ה,**

לאחרונה הסתיים תהליך ארוך של גיבוש תוכנית בריאות קולקטיבית מורחבת לעובדי החברה ובני משפחותיהם.

הצבנו לעצמנו כמטרה לבנות פוליסת בריאות מקיפה ורחבה ככל הניתן במחירים שווים לכל כי, ואכן התוכנית המוצגת לכם היא אחת התוכניות המקיפות והאיכותיות הקיימת במשק הישראלי בכלל.

התוכנית באה לתת מענה לחסרונותיה של הרפואה הציבורית בישראל המוגבלת במשאביה ומתקשה לתת את הפתרונות הנדרשים במקרה של צורך רפואי בשעת צרה, וכוללת כיסויים שאינם מכוסים באופן מלא ומספיק במסגרת הביטוח המשלים בקופות החולים.

התוכנית נועדה לתת לך ולבני משפחתך את ההגנה והביטחון עבור מקרים המכוסים בה. אנו בחברה מייחסים חשיבות רבה לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלת חיים.

חברת הפניקס בה בחרנו כספקית השרות הזה היא אחת החברות המובילות בתחום בישראל וניסיונה הרב של חברת אלדור סוכנות לביטוח מאפשרים לכם לקבל את המוצר והשירות הטוב במיומן והיעיל ביותר בעת הצורך.

**בריאות טובה ושלא נזדקק**

**איתן זילביגר מנכ"ל**



## תוכן עניינים

5	גילוי נאות
23	תנאים כלליים לביטוח בריאות קבוצתי
	פרקי הפוליסה:
43	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
49	פרק 2- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
	פרק 3 - ניתוחים:
53	מסלול 1 - ניתוחים פרטיים בישראל- כיסוי מהשקל הראשון.
59	מסלול 2- כיסוי ביטוחי משלים שב"ן לניתוחים.
67	פרק 4- ניתוחים בחו"ל
70	פרק 5 - טיפולים מחליפי ניתוח
72	פרק 6 - שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי
76	פרק 7 - כתבי שירות ייעוץ תרופתי טלפוני, חוות דעת שנייה, רופא עד הבית, טיפולים פסיכולוגיים לחיות בריא
104	פרק 8- ביטוח סיעוד
107	דף הרשימה



## ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה (בכפוף לתקנון גילוי נאות)

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי דלק תעשיות בע"מ ובני משפחותיהם.
	2. שם בעל פוליסה	דלק תעשיות בע"מ ח.פ 510928294 (ס' 2.3)
	3. הכיסויים בפוליסה	כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות
		<p><b>פרק 1-</b> השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p><b>פרק 2-</b> תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p><b>פרק 3-</b> ניתוחים פרטיים בישראל- מסלול א'- כיסוי מהשקל הראשון מסלול ב'- כיסוי ביטוחי משלים שב"ן</p> <p><b>פרק 4-</b> ניתוחים בחו"ל</p> <p><b>פרק 5-</b> טיפולים מחליפי ניתוח</p> <p><b>פרק 6-</b> שירותים רפואיים נוספים- אמבולטורי</p> <p><b>פרק 7-</b> כתבי שירות</p>
	4. משך תקופת הביטוח (הקבוצתי)	01.08.14 - 31.07.17 (ס' 7)
	5. המשכיות (לפוליסת פרט)	קיימת במקרים של ביטול על ידי המבוטח, תום תקופת הביטוח הקבוצתי, הפסקת הזיקה לבעל הפוליסה (ס' 8.4)
	6. תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	7. תקופת אכשרה	בכל פרקי הפוליסה תחול תקופת אכשרה בת 30 יום למעט: במקרים הקשורים להיריון, לידה ופוריות תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.
	8. תקופת המתנה	3 חודשים- נכות תעסוקתית מניתוח 3 חודשים-ביטוח סיעודי
	9. השתתפות עצמית	קיימת, כמפורט בחלק ב' לגילוי הנאות
שינוי תנאים	10. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	בהתאם להסכמות עם בעל הפוליסה
פרמיות	11. גובה הפרמיה	במקרה שהמבוטח משלם את הפרמיה או חלקה

נושא	סעיף	תנאים
	12. מבנה הפרמיה	קבועה צמודת מדד
	13. שניו הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	יבוצע שינוי בהתאם להוראה רגולטורית (ס' 14.5) ו/או בהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה (ס' 15).
תנאי ביטוח	14. תנאי ביטוח הפוליסה ע"י המבוטח	בהודעה בכתב למבטח בתוך 3 ימים (ס' 8.1.1) או בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת ביטוח (ס' 8.1.4)
	15. תנאי ביטוח הפוליסה ע"י המבטח	עקב אי תשלום דמי ביטוח או במקרה של אי גילוי (ס' 8.1.3)
חריגים	16. החרגה בגין מצב רפואי קיים	קיימת (ס' 10)
	17. סייגים לחבות המבטחת	כמפורט בס' 9 וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלות (ס' 8), תרופות (ס' 4), מחליפי ניתוח (ס' 3), טיפולים אמבולטוריים (ס' 3)
ביטוח סיעודי למבוטחים מגיל 18 - תקף עד ליום 31.12.2014	18. הגדרת מקרה הביטוח	אחד משני האירועים הבאים לפחות: (1) מצב בריאותי ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של לפחות 3 מתוך 6 מהפעולות הבאות או 2 מתוך 6 פעולות כאשר אחת מהן הינה אי שליטה על סוגרים: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות (ס' 1.2.1). (2) מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב תשישות נפש שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום (ס' 1.2.2).
	19. משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	עד 36 חודשים
	20. סוג תגמולי הביטוח	תגמול סיעודי- פיצוי
	21. סכום הביטוח	4,407 ₪
	22. תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	התגמול הסיעודי איננו מבחין בין מבוטח השוהה במוסד לבין מבוטח השוהה בבית.

תנאים			סעיף	נושא
כן- בעת הזכאות לתגמול סיעודי			23. שחרור מתשלום פרמיה	
אין			24. ערך מסולק	
אין			25. תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח.	
אין			26. קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	
מסלול שב"ן			27. סקאלת הפרמיות ב-ש	פרמיה חודשית
מסלול שקל ראשון	מסלול שקל ראשון	עובד		
67.5	75	בן זוג		
67.5	75	*ילד עד גיל 25		
16	18	ילד מעל גיל 25		
67.5	75	*מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך- חינם		
עובד			28. סקאלת הפרמיות ב-ש עבור תוספת הפרק הסיעודי	פרמיה חודשית
בן/ת זוג				
ילד מגיל 18 עד גיל 25				
ילד מעל גיל 25				
*מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך- חינם				
15.30 ₪				
15.30 ₪				
0.80 ₪				
15.30 ₪				

למידע אודות הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד, המבחנים להגדרה של חוסר היכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL, טופס הערכה תפקודית וכן את המדריך לקונה ביטוח סיעודי ר' באתר האינטרנט של הפניקס בכתובת [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il) (תחת ביטוחי בריאות- < ביטוח סיעודי).

**ההפניות בחלק א' הינן לסעיפים בפרק התנאים כלליים בפוליסה אלא אם צוין אחרת.**

## חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

פירוט הכיסויים בפוליסה	תקרת תגמולי הביטוח	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
<b>פרק השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל:</b>					
<b>שיפוי להשתלה</b>	4,500,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה ללא תקרה אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות אשפוז:</b>	60 יום לפני ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד; 270 יום לאחר ביצוע ההשתלה/טיפול מיוחד.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות טיפולי המשך בחו"ל לאחר האשפוז</b>	50,000 ₪ להשתלה, 25,000 ₪ לטיפול מיוחד בחו"ל.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות הטסה רפואית</b>	80,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות שהייה בחו"ל</b>	800 ₪ ליום ליחיד, 1,600 ₪ לשניים ליום ועד 100,000 ₪ להשתלה/טיפול מיוחד לקטין- 2,100 ₪ ליום ועד 150,000 ₪ להשתלה/טיפול	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הטסת גופה לישראל:</b>	80,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן



קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	שיפוי או פיצוי	תאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	100,000 ₪	הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	100,000 ₪	הוצאות איתור איבר להשתלה
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	2,000,000 ₪	שיפוי להשתלות איברים שנקחו מבעלי חיים
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	800,000 ₪	שיפוי בגין טיפול מיוחד בחו"ל
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	65,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.	פיצוי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי לטיפול מיוחד בחו"ל

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	שיפוי או פיצוי	תאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	25,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.	<b>פיצוי חד פעמי בגין מימון חלקי של קופ"ח של לפחות 25% לטיפול מיוחד בחו"ל</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	100,000 ₪	<b>הוצאות לשימוש השתלב לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה</b>
לא	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	6,000 ₪ למשך 24 חודשים למעט, במקרה של השתלת כליה או מח עצמות 4,000 ₪ למשך 24 חודשים.	<b>גמלת החלמה חודשית בעקבות השתלה בחו"ל לאחר ביצוע ההשתלה</b>
לא *	ביטוח מוסף	כן	פיצוי	250,000 ₪ * קבלת תגמולים לפי ס' זה- מחליף כל תגמול אחר עפ"י פרק זה.	<b>פיצוי להשתלה ללא מעורבות המבטח</b>

ביטוח מוסף	כן	פיצוי	250,000 ₪ . * קבלת תגמולים לפי ס' זה- מחליף כל תגמול אחר עפ"י פרק זה	<b>פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה</b>
<p><b>חוזר מס' 1-1-2009: סעיף 2.ב.: בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים- התשס"ח, 2008("החוק"), ובכלל זה אם התקיימו כל אלה :</b></p> <p><b>(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה; 2</b></p> <p><b>(2) מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.</b></p>				

קיצוץ תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	שיפוי או פיצוי	תאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
<b>פרק תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות:</b>					
כן	ביטוח מוסף	כן	שיפוי	<p>התרופות הנכללות (ר' סעיף 1.1 לפרק התרופות):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. תרופה שאיננה כלולה בסל שירותי הבריאות</li> <li>2. תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות אשר איננה מוגדרת עפ"י התוויה רפואית הקבועה בסל הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ואושרה לטיפול במצבו הבריאותי של המבוטח על ידי אחת מהרשויות המוסמכות המפורטות בסעיף 1.1.2 לפוליסה.</li> <li>3. תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL</li> <li>4. טיפול תרופתי בתרופת יתום.</li> <li>5. תרופה אשר מכוסה בסעיפים 1-5 לעיל גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.</li> </ol> <p>תקרת הכיסוי: 1,500,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.</p> <p>סכום ההשתתפות העצמית: 250 ₪ למרשם לחודש .</p>	<b>תרופות</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 150 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח.	<b>שירות/טיפול נלווה למתן תרופה</b>

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצו תגמולים מביטוח אחר
<b>ניתוחים בישראל – מסלול מהשקל הראשון:</b>					
<b>כיסוי למנתח/מרדים בהסכם עם המבטח</b>	לא תחול תקרת סכום שיפוי	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>כיסוי למנתח/מרדים שאינו בהסכם עם המבטח</b>	קיים- השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח/מרדים שבהסכם עם המבטח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים</b>	על פי תעריפי המבטח לנותני השירות שבהסכם עם המבטח. אשפוז- עפ"י תעריף בחדר בן-2 3 מיטות בבי"ח ועד תקרה של 30 ימי אשפוז.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה</b>	כיסוי מלא בעת האשפוז	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>תותבות/שתל- אבזור מושלם</b>	25,000 ₪	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>שירות אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז</b>	650 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>פיזיותרפיה בעת האשפוז.</b>	1,500 ₪ ליום למשך כל תקופת האשפוז	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
<b>שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בי"ח בישראל</b>	עד התעריף הרשמי הקיים אותה העת בשירותי מגן דוד אדום.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>התייעצות לפני ואחרי ניתוח עם המנתח</b>	אחת לפני הניתוח ואחת אחרי הניתוח עד המשולם לרופא שבהסכם.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>התייעצות נוספת לפני הניתוח</b>	התייעצות נוספת לפני הניתוח עם מנהל או סגן מנהל מחלקה/יחידה כפי שיקבע על ידי המבטח- החזר עד 1,200 ₪ עם 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות לניתוח</b>	בדיקה אחת ובדיקה נוספת אם נדרשת כחוות דעת שנייה עד 1,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>תשלום נכות תעסוקתית מוחלטת בשיעור של 75% לפחות במקרה של סיבוך מניתוח בישראל (לגילאים 21-67)</b>	גמלה חודשית בסך של 2,500 ₪ עד 12 חודשים ולא יותר מ-75% מהשכר החודשי הממוצע ב-12 החודשים שקדמו לניתוח	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>מוות כתוצאה מניתוח בישראל</b>	מוות בתוך 7 ימים מיום הניתוח האלקטיבי כתוצאה מביצועו. תשלום חד פעמי בגובה של 100,000 ₪.	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
<b>פיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS</b>	הידבקות כתוצאה מהניתוח והמחלה התגלתה תוך 36 חודשים מהניתוח 100,000 ₪	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
<b>פיצוי בגין הידבקות בהפטיטיס B במהלך ניתוח</b>	הידבקות כתוצאה מהניתוח והמחלה התגלתה תוך 36 חודשים מהניתוח: פיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ .	פיצוי	כן	ביטוח מוסף	לא
<b>הוצאות החלמה ושיקום</b>	לניתוחים המפורטים בסעיף זה אשר בגינם המבוטח היה מאושפז 5 ימים, והשהייה הייתה עד 90 יום לאחר הניתוח - עד 760 ₪ ליום החלמה ולתקופה של 12 ימי החלמה. הוצאות לשיקום -עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים בתנאי שהשיקום יתבצע עד 90 יום מהניתוח. הוצאות החלמה ושיקום יחד עד 20,000 ₪.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>בדיקות בעת האשפוז</b>	מעבדה, בדיקות כימיות, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול כימותרפי, הדמיה והדמיה מגנטית- כחלק מהאשפוז בעת הניתוח ו/או כהכנה לביצוע ניתוח- שיפוי עד 90% מההוצאות בפועל ועד 2,000 ₪ למקרה ביטוח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

**ניתוחים בישראל – מסלול משלים שב"ן**

חוזר פיקוח מס' 6-1-2007: ס' 4:

א. הכיסוי בגין ניתוחים על פי כיסוי ביטוחי זה (ניתוחים בישראל- משלים שב"ן) מהווה ביטוח משלים אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, ר' מסלול ניתוחים בישראל- מסלול מהשקל הראשון) שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה (התקרה המופיעה לאותו עניין במסלול ניתוחים בישראל- מסלול מהשקל הראשון).

ב. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

ג. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

ד. למבטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר, מבין שני המועדים האמורים.

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוו תגמולים מביטוח אחר
<b>ניתוחים בחו"ל:</b>					
<b>מנתח/מרדים בהסכם עם המבטח</b>	לא תחול תקרת סכום שיפוי	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>מנתח/מרדים שאינו בהסכם עם המבטח</b>	קיים- השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח/מרדים שבהסכם עם המבטח.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות בחו"ל</b>	אשפוז עד 30 יום	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>הוצאות טיסה (לניתוחים המפורטים בסעיף זה)</b>	הוצאות כרטיס טיסה סדירה לחו"ל במחיר כרטיס של מחלקת תיירות רגילה למבוטח ומלווה אחד (אם המבוטח קטין- יכוסה עוד מלווה אחד).	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן



כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	סך של 650 ₪ ליום למבוטח ו- 750 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום (אם המבוטח קטין 1,500 ש"ח ליום למבוטח ולשני המלווים יחד).	<b>הוצאות שהייה (לניתוחים המפורטים בסעיף זה)</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן. ע"י רופא החברה	שיפוי	60,000 ₪.	<b>הטסה רפואית</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	פטירה בתוך 7 ימים מיום שחרור מבי"ח בחו"ל - ללא תקרה.	<b>הוצאות הטסת גופה.</b>
לא	ביטוח מוסף	לא	פיצוי	10,000 ₪ בעת שובו של המבוטח לישראל	<b>פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול (10 ימי אשפוז)</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	7,500 ₪ בתקופה של עד 3 חודשים לאחר הניתוח, 20% השתתפות עצמית ולפי החלוקה הבאה: ריפוי בעיסוק, ייעוץ דיאטטי, שיקום כושר הדיבור, טיפולים פיזיותראפיים- עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש.	<b>שיפוי לאחר אשפוז ממושך (10 ימי אשפוז)</b>

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוו תגמולים מביטוח אחר	
<b>טיפולים מחליפי ניתוח:</b>						
<b>תקרת השיפוי מרבי למקרה ביטוח</b>	200,000 ₪ ולגבי ביצוע טיפול חלופי בחו"ל - (תנאי נוסף) עד 200% מעלות הניתוח בישראל לפי תעריפי המבטח אותו מחליף הטיפול החלופי בישראל	שיפוי	כן	ביטוח מוסף	כן	
	לפי תעריפי הסכם המבטח ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי					<b>ביצוע על ידי נותן שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי</b>
	עד לתעריף הממוצע של נותן שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי					<b>ביצוע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם בגין הטיפול החלופי</b>
<b>שירותים אמבולטוריים:</b>						
<b>בדיקות היריון</b>	4,000 ₪ להיריון ו- 5,000 ₪ להיריון רב עוברי לשנת ביטוח ובהתאם לתקרות הבאות: סיקור גנטי 1,500 ₪ ; שקיפות עורפית 1,000 ₪ ; סקירת מערכות 1,500 ₪ ; מי שפיר/סיסי שליה 1,500 ₪ בדיקת אקו לב עובר-1,000 ₪	שיפוי	כן	תחליפי ביטוח	כן	
	850 ₪ להתייעצות. 4 התייעצויות לשנת ביטוח (רופא ילדים מומחה- התייעצות אחת לשנת ביטוח). 20% השתתפות עצמית.					<b>התייעצות עם רופא מומחה</b>
				תחליפי ביטוח	כן	

קיוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	שיפוי או פיצוי	תאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	4,000 ₪ למבוטח לשנת ביטוח. לבדיקת MRI תקרה נוספת של 5,000 ₪. 20% השתתפות עצמית.	<b>בדיקות רפואיות</b> <b>אבחנתיות</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 2,600 ₪ לשנת ביטוח לכל הטיפולים. 25% השתתפות עצמית.	<b>טיפול פיזיותרפיה</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	8,000 ₪ לסדרת טיפולים ועד שתי סדרות טיפולים בכל תקופת הביטוח. 20% השתתפות עצמית.	<b>טיפול פריזון</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	10,000 ₪ לכל שנת ביטוח ועד 30,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. 20% השתתפות עצמית.	<b>טיפולים רדיותרפיים/ כימותרפיים</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	12,000 ₪ לשמירה לתקופה מירבית של עד 10 שנים. 20% השתתפות עצמית.	<b>הקפאת זרע/ביציות</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	3,000 ₪ 25% השתתפות עצמית.	<b>בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	700 ₪ ליום אשפוז. מהיום הרביעי לאשפוז ועד 7 ימי אשפוז. 20% השתתפות עצמית.	<b>אשפוז ממחלה/תאונה</b>
כן	ביטוח תחליפי	כן	שיפוי	3,500 ₪ לתקופת הביטוח. 25% השתתפות עצמית.	<b>טיפול בדם נשימה והפרעות נשימה בשונה</b>

פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור המבטח מראש (מח' תביעות)	ממשק עם סל הבסיס השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
<b>שיקום הדיבור/הראייה/ריפוי בעיסוק לאחר אירוע מוחי/טיפול בAMBLYOPIA</b>	150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים</b>	5,000 ₪ למקרה ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>אבזורים רפואיים</b>	1,000 ₪ לפרט. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>שמירת מח עצם</b>	2,000 ₪. שמירה ל-3 שנים החל מתום שנה שנייה. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן
<b>טיפול בבעיות התפתחות הילד (לילדים בני 6-16)</b>	2,000 ₪ לשנת ביטוח. 20% השתתפות עצמית.	שיפוי	כן	ביטוח תחליפי	כן

**ביטוח נכות תעסוקתית מניתוח (פרק ניתוחים ישראל):**

א	ב
<b>סעיפים לפירוט</b>	<b>דברי הסבר</b>
קיום כיסוי לזמן המילואים ו/או עקב פעולת טרור	לא (סעיף 9.13 לתנאי הכלליים)
שחרור מתשלום פרמיה	אין
קיצוץ או השתתפות בתשלומי הביטוח	ללא
פיצויי אכ"ע חלקי	יצוין "כן/ לא/ אופציונלי לבחירת המבוטח". בתום תהליך ההצטרפות תובהר האופציה שנרכשה.
קביעת נכות צמיתה	לאחר תקופה העולה על 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח ובשיעור מעל 75%
אופן קביעת אחוז הנכות	הגורם הקובע את הנכות- רופא תעסוקתי

תנאי חוזה הביטוח המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח ובכל מקרה של סתירה בין הוראות הגילוי הנאות לבין פוליסת הביטוח- יגברו ויחייבו תנאי הפוליסה לכל דבר ועניין. הסכומים הנקובים בגילוי הנאות צמודים למדד הנקוב בפוליסה. בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים: (1) **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). (2) **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. (3) **ביטוח מוסף** – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון. יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

**כתבי שירות: להזמנת כתבי שירות יש לפנות למוקד הפניקס בטלפון 03-7332222 או \*3455**

<b>תקרת כיסוי</b>	<b>סכום השתתפות עצמית</b>	<b>יעוץ תרופתי טלפוני</b>
מוקד מידע טלפוני ביעוץ תרופתי.	ללא השתתפות עצמית.	
חוות דעת שניה מרופא שבהסדר	בין 365 ₪ - ל 796 ₪ לפי תחום האבחון.	<b>חוות דעת שנייה בחו"ל</b>
ביקור בית ע"י רופא שבהסכם.	45 ₪.	<b>רופא עד הבית</b>
מנוי יהא זכאי לקבלת 12 מפגשים עם פסיכולוג שבהסדר.	3 מפגשים ראשוניים - 130 ₪ . 9 מפגשים נוספים-230 ₪	<b>ייעוץ פסיכולוגי</b>
מנוי יהא זכאי לקבלת שירותים הבאים:		<b>לחיות בריא</b>
10 מפגשים - ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה	מפגש ראשון - 95 ₪ . שאר המפגשים בכפוף להשתתפות עצמית של 75 ₪ .	
12 טיפולים - הרזיה רפואית	מפגש ראשון - 75 ₪ שאר המפגשים בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 150 ₪ .	
10 מפגשים - גמילה מעישון	מפגש ראשון - 135 ₪. שאר המפגשים בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 95 ₪ .	
ליקויי למידה	עד 2 פגישות אבחון בהנחה של 25%. עד 10 מפגשים טיפוליים בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 150 ₪ .	
10 מפגשים - הפגת מתחים	כל מפגש - 100 ₪ שאר המפגשים בכפוף להשתתפות עצמית של 150 ₪ .	
10 מפגשים - מאמן כושר אישי	כל מפגש - 100 ₪ שאר המפגשים בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 125 ₪ .	
מנוי למכוני כושר שבהסדר	הנחה בגובה 25%.	

# ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי דלק תעשיות בע"מ ובני משפחותיהם

## פרק תנאים כלליים

1. **מבוא:** תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה לא יעלה על סכום הביטוח למקרה ביטוח, בהתאם לאמור בכל אחד מפרקי פוליסה זו, בתנאיה סייגיה וחריגיה.

השימוש בלשון זכר בפוליסה זו מתייחס גם ללשון נקבה, אלא אם כן צוין אחרת.

## 2. הגדרות:

2.1 **פוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה בעבור המבוטחים לבין החברה וכל נספח או תוספת, לרבות כתב שירות, המצורפים לו. הפוליסה כוללת את הפרקים הבאים:

**פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל.**

**פרק 2- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.**

**פרק 3 - ניתוחים:**

**מסלול א' - ניתוחים פרטיים בישראל- כיסוי מהשקל הראשון.**

**מסלול ב'-** כיסוי ביטוחי משלים שב"ן לניתוחים.

**פרק 4- ניתוחים בחו"ל.**

**פרק 5 - טיפולים מחליפי ניתוח.**

**פרק 6 - שירותים רפואיים נוספים – אמבולטורי.**

**פרק 7 כתבי שירות: לחיות בריא, רופא עד הבית, ייעוץ פסיכולוגי, יעוץ תרופתי**

**טלפוני, חוות דעת שנייה.**

**פרק 8- ביטוח סיעודי- פרק זה יהיה בתוקף עד ליום 31.12.2014 בלבד.**

2.2 **המבטח:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" / "המבטח").

2.3 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבוטחים והנו:

**דלק תעשיות בע"מ ח.פ. 510928294 (להלן" בעל הפוליסה")**

2.4 **המבוטח:** עובדי בעל הפוליסה ובני משפחתם כמפורט להלן:

2.5 **מבוטח קיים:** מבוטח שנכלל בהסכם הביטוח הקודם, במועד הקובע, ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.6 **עובד קיים:** עובד, במועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי

חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

**עובד חדש:** עובד חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה במועד הקובע ואשר שמו מופיע ברשימת המבוטחים שתועבר מדי חודש לחברה על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במדיה מגנטית על פי דרישת החברה) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

יובהר כי השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של מבטוח מרשימת המבוטחים, מקום בו המבוטח ביקש להצטרף לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, לא יגרע מרשימת המבוטחים והכל בתנאי שצירופו יעשה בהתאם לתנאי הפוליסה. במקרה כאמור, המבוטח או בעל הפוליסה יציגו למבטוח טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים הרלוונטיים לניכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שבוצע הניכוי באמצעות שכרו.

2.7 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבטוח על פי פוליסה זו והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.

2.8 **עובד- עובד קיים או חדש,** כהגדרתם לעיל.

2.10 **ילד:** ילד של עובד המבוטח או ילד של בן/בת זוגו של המבוטח אשר טרם מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטוח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדר/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**

2.11 **ילד בוגר:** ילד של עובד המבוטח או בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטוח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/בן זוג, כהגדרתו/ם בפוליסה זו, לא יוגדר/ו כילד לעניין פוליסה זו, גם אם טרם מלאו לו/להם 25 שנה.**

2.12 **תינוק:** ילד שנולד במהלך תקופת הביטוח להורים, אשר שניהם מבוטחים במסגרת פוליסה זו (למעט משפחה חד הורית), יהיה מבטוח בתנאי שצורף לביטוח בכפוף לבקשה בכתב למבטוח לצירופו ויתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו ומכל מקום לא לפני מועד קבלת הבקשה כאמור.

2.13 **בן זוג:** בן/בת זוג של עובד קיים/חדש, לרבות ידוע בציבור (בכפוף לתצהיר העובד בכתב בדבר היותו ידוע בציבור), בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטוח על ידי בעל הפוליסה (בכתב/במידה מגנטית) וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה.

2.14 **בן משפחה:** בן זוג של מבטוח או ילד של מבטוח.

2.15 **כיסוי ביטוחי קיים:** הכיסוי הביטוחי שהיה כלול בפוליסה שתוקפה פג ביום היכנס



פוליסה זו לתוקף.

- 2.16 **כיסוי ביטוחי חדש**: הכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה זו.
- 2.17 **דף הרשימה**: דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת הביטוח, המבוטחים בפוליסה, שיעור הפרמיה וכיו"ב).
- 2.18 **מועד תחילת הביטוח**: לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים - מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו, או תאריך חידוש פוליסה זו, אם בוטלה, לפי המאוחר מביניהם.
- 2.19 **המועד הקובע**: 1.8.2014
- 2.20 **שנת ביטוח**: תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח כאמור בדף הרשימה.
- 2.21 **תקופת אכשרה**: תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיצורף לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ואשר מסתיימת בתום התקופה הנקובה בפרקים או הסעיפים הרלוונטיים בפוליסה זו, לפי העניין, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק או סעיף, לפי העניין.
- החברה לא תהיה אחראית לתשלום על-פי תנאי הפוליסה בגין מקרה ביטוח אשר אירע בתקופת האכשרה. מקרה ביטוח אשר ארע בתקופת אכשרה דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תקופת הביטוח ושאינו מכוסה.
- 2.22 **תקופת המתנה**: תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
- 2.23 **סכום הביטוח**: הסכום המרבי שהחברה מתחייבת לשלם בגין מקרה ביטוח אחד, או הסכום המצטבר בגין מקרי הביטוח, כמצוין בכל פרק ופרק או סעיף וסעיף בפוליסה זו, לפי העניין.
- 2.24 **מדד**: מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שזכה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.25 **המדד היסודי**: המדד שפורסם ביום 15.7.2014 12378 נק'.

- 2.26 **הפרמיה** : דמי הביטוח ותשלומים אחרים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה.
- 2.27 **דולר** : דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.28 **גיל/גיל ביטוחי** : גיל המבוטח כשהוא מעוגל לשנים שלמות. עיגול חלקי השנה יחושב באופן הבא: אם מיום השנה לביטוח (המחושב בתום כל שנה קלנדארית ממועד תחילת הביטוח) ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו פחות מששה חודשים (כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מעלה ואם מיום השנה לביטוח ועד מועד יום ההולדת של המבוטח נותרו למעלה מששה חודשים (לא כולל), יעוגל גילו של המבוטח כלפי מטה.
- 2.29 **תאריך לידה** : תאריך לידתו של המבוטח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.30 **חוק חוזה הביטוח** : חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקונו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 **ישראל** : מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.32 **חו"ל** : כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.33 כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.
- 2.34 **השתתפות עצמית** : חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטח הינם בעבור הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה, אם קבועה.
- הגדרות ומינוחים רפואיים**
- 2.35 **בית חולים ציבורי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על-ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית או קופת חולים כלשהי, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 2.36 **בית חולים פרטי** : מוסד רפואי בישראל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים ואינו בית חולים ציבורי, שבמסגרתו ניתן לקבל שירותי רפואה פרטיים, ואשר אושר על ידי רשות מוסמכת כדן, וכן מסלולי שירותי רפואה פרטיים בבתי חולים ציבוריים.
- 2.37 **בית חולים שבהסכם** : מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהמוסדות המוסמכים במקום בו

- הוא פועל, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על-פי הפוליסה ואשר לחברה הסכם התקשרות עמו.
- 2.38 **אשפוז:** שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, ולמעט שהייה במחלקת שיקום של בית חולים ציבורי או פרטי או בבית חולים שיקומי.
- 2.39 **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.40 **רופא מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה מנתח.
- 2.41 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים במקום ביצוע פעולת ההרדמה בישראל או בחו"ל כרופא מרדים.
- 2.42 **מנתח/מרדים שבהסכם:** מנתח/מרדים אשר הסכים לקבל ישירות מאת החברה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח ו/או הרדמה שביצע במבוטח, כשהוא מאושפז במסגרת בית חולים פרטי.
- מנתח / מרדים אחר:** מנתח/מרדים אשר תמורת ניתוח ו/או הרדמה במבוטח יחייב את המבוטח בתשלום ישירות ולא באמצעות החברה.
- 2.43 **נותן שירותים שבהסכם:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר עימו קשור או יתקשר המבוטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבוטח במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה ונספחיה.
- נותן שירותים שאינו בהסכם/אחר:** כל רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גוף אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.
- 2.44 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, לאבחון ו/או לטיפול ו/או מניעה, כגון: ביופסיות ו/או הראית אברים פנימיים למיניהן, פעולות אנדוסקופיות, צנתור, אנגיוגרפיה וכך ריסוק אבני כליה או מרה.
- 2.45 **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח ע"י רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים). **במקרה שההפניה לניתוח הייתה דרך חדר מיון אך בוצעה לאחר 48 שעות ומעלה ממועד הכניסה לחדר המיון – ייחשב הניתוח כניתוח אלקטיבי.**
- 2.46 **ניתוח חירום:** ניתוח פתאומי ובלתי צפוי, שבוצע מיידית במבוטח, שאושפז ישירות לאחר ביקור בחדר מיון של בית החולים.
- 2.47 **ניתוח גדול:** ניתוח הכולל פתיחת בית החזה/ לב פתוח (לרבות ניתוח מעקפים) או

- ניתוח מח או ניתוח גב או ניתוח אשר המבוטח שהה באשפוז לפחות 10 ימים לאחר הניתוח.
- 2.48 **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 תחילת הביטוח המקורי של אותו המבוטח.
- 2.49 **סייג של מצב רפואי קודם**: סייג כללי בחוזה ביטוח, הפוטר את המבטח מחבותו או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי בשל מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 2.50 **קופת חולים**: תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי. קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות.
- 2.51 **שירותי בריאות נוספים (שב"ן)**: תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות הממלכתי, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.
- 2.52 **חוק ביטוח בריאות ממלכתי**: חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 2.53 **סל הבריאות הממלכתי**: מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכוח מחייבות אחרת שבין הקופה למבוטחיה.
- 2.54 **בית מרקחת**: מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").
- 2.55 **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.
- 2.56 **מרשם**: מסמך רפואי חתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 2.57 **רופא מומחה**: רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד

שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

- 2.58 **טיפול תרופתי**: נטילת תרופה בישראל בצורה חד פעמית או מתמשכת.
- 2.59 **תרופת יתום/ תרופה למחלה יתומה**: תרופה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "**מחלה יתומה**") של חולים המשתייכים לאחת מארבע הקבוצות הבאות:
- א. חולים במחלה יתומה שמספרם פחות מ- 200,000 בני אדם בארצות הברית.
  - ב. חולים במחלה יתומה שמספרם עולה על 200,000 בני אדם בארצות הברית אך אין ציפייה סבירה שעלות פיתוח התרופה תכוסה על ידי מכירת התרופה בארה"ב לבדה.
  - ג. חולים במחלה יתומה שמספרם לא יותר מ- 5 מתוך כל 10,000 באיחוד האירופאי.
  - ד. חולים במחלה יתומה אשר מסיבות כלכליות כנראה לא תפוח לה תרופה ללא תמריצים באיחוד האירופאי.
- 2.60 **"שתל"**: כל אבזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפרק השתלות בפוליסה).

### 3. **הצהרת בעל הפוליסה**

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

### 4. **אופן הצטרפות לביטוח**

4.1 מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקיימת לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא מניין מחדש של תקופות אכשרה (רצף ביטוחי). מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם סייג למצב רפואי קודם יועברו באותם תנאים והסייג הרפואי, הקיים בגינם, ימשיך גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה.

### 4.2 **מבוטחים חדשים**

החל מהמועד הקובע מבוטחים חדשים יצורפו לביטוח, לפי המועד המאוחר מבין המועדים הבאים:

- (1) במקרה בו חלות הוראות סעיף 4.3 לפוליסה, היום בו הביע המבוטח החדש את רצונו בכתב להצטרף לביטוח בהתאם לסעיף 4.3;
- (2) היום בו ננקב שמו של המבוטח החדש ברשימת המבוטחים שהועברה על ידי בעל הפוליסה למבטח;
- (3) הראשון בחודש לחודש העוקב למועד בו ניתן הסכמת החברה לקבל את המבוטח החדש לביטוח, במקרה שנדרש המבוטח למילוי הצהרת בריאות

בהתאם להוראות פוליסה זו;

4) היום בו התקבל אמצעי תשלום תקף שניתן לגבות ממנו לתשלום הפרמיה הראשונה.

4.3

מוטלת על מבטוח לפי תנאי הפוליסה חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד1(ג) לחוק עובדים זרים;  
(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;

לא יצרפו המבטוח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים – המבטוח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.

4.4

סעיף 4.3 לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטוחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(2) חידוש הפוליסה 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 בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

#### **מבטוח חוזר**

4.5

מבטוח חוזר יצטרף מחדש לביטוח רק בתנאי שמילא וחתם על בקשת הצטרפות חדשה, הכוללת הצהרת בריאות, והחברה אישרה את קבלתו לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות ו/או סייגיה.

#### **הצהרת בריאות:**

4.6

4.6.1 כל העובדים יהיו זכאים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום לכל פרקי הפוליסה תוך 90 יום מהמועד הקובע או תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו של עובד אצל בעל הפוליסה המאוחר מביניהם. לאחר 90 יום יידרשו במילוי הצהרת בריאות.

4.6.2 בן זוג של עובד וילד של עובד יהיו זכאים להצטרפות לביטוח לכל פרקי הפוליסה באותם תנאים של עובד כלומר תוך 90 יום מהמועד הקובע או תוך 90 יום מיום תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

4.6.3 עובד שנישא במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי לצרף את בן/בת זוגו תוך 90 יום מיום הנישואים ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום.

4.6.4 תינוק שנולד לעובד במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי להצטרף ללא מילוי הצהרת בריאות וחיתום תוך 90 יום מיום הולדת התינוק (תוך 90 יום מיום תחילת האימוץ).

## 5. מתן מסמכים למבוטח:

5.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה וטופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח על הביטוח; בתקנה זו, "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.

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

5.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראת בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.

## 6. מתן הודעות למבוטח:

6.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש הפוליסה או במהלך תקופת הביטוח (להלן: "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; **לעניין זה -**

"שינוי פרמיה" לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בפרמיה בשל הצמדתה למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

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

6.2 חלה על מבוטח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי

הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

## **7. תקופת הביטוח:**

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ - 1.8.2014 (המועד הקובע) למשך 36 חודשים ועד 31.7.2017
- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שינוי תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות והאקטואריה של כל תקופות הביטוח החולפות, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, וכן לבדיקת אמיתות הנתונים. לא הגיעו הצדדים להסכמה, תסתיים תקופת הביטוח במועדה המקורי ובעל הפוליסה יהיה רשאי לעשות שימוש בכל המידע שהתקבל מהמבטח, כמפורט לעיל.
- 7.3 הוארכה תקופת הביטוח כאמור לעיל, יפעל המבטח על פי האמור בסעיף 6 לעיל.
- 7.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.5 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו-8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

## **8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבוטח מסוים והאפשרות להמשכיות:**

8.1 תום הביטוח עבור מבוטח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:

- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבוטח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטח. הודיע המבוטח את הביטוח, יתבטל הביטוח עבורו כעבור 3 ימים מהיום שבו נמסרה על ידו הודעת הביטול לחברה.
- 8.1.2 **תום תקופת הביטוח:** יום תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 7.1 או מועד תום תקופת הביטוח, לגבי כיסוי מסוים, אם נקבע מועד כזה בתנאי הביטוח, לפי המוקדם מביניהם.
- 8.1.3 **ביטול על ידי המבטח:** ביטול הפוליסה עקב אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות סעיף 14.4 לפוליסה או במקרה של אי גילוי בהתאם



להוראות סעיף 17 לפוליסה.

- 8.1.4 **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:** חודש הביטוח של שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע בעל הפוליסה או המבוטח למבטח, 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 שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 8.1.5 **העדר זיקה לבעל הפוליסה:** אובדן הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה יביא להפסקת הביטוח, כמפורט להלן:  
**סיום יחסי עבודה:** עזיבת עובד את עבודתו אצל הפוליסה, מכל סיבה שהיא, לרבות פרישה לגימלאות (אלא אם כן קבוצת המבוטחים כוללים גם את גמלאי בעל הפוליסה), הביטוח של העובד ובני משפחתו יסתיים ביום האחרון בחודש בו עזב העובד את עבודתו אצל בעל הפוליסה, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין אותו חודש.  
**גירושין או פטירה (ח"ח) של המבוטח:** התגרש מבוטח, הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.
- 8.2 **תם הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 במהלך חודש קלנדרי, לא יוחזרו דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו הסתיימה או בוטל הביטוח.**
- 8.3 **בוטל/הסתיים הביטוח בהתאם להוראות סעיף 8.1 לגבי המבוטח שהנו עובד אצל בעל הפוליסה משמעו ביטול הביטוח שלו ושל כל בני משפחתו המבוטחים עמו במסגרת הפוליסה.**
- 8.4 **המשכיות**  
תם הביטוח בהתאם לסעיפים 8.1.2, 8.1.5, יהיו המבוטחים בפוליסה ערב האירועים המפורטים בסעיפים אלו רשאים לבקש בכתב להצטרף לכיסויים הביטוחיים החופפים במסגרת אחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות של החברה (להלן: "פוליסת פרט"), כפי שיהיו באותה עת, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לפוליסת פרט וכך בהתאם לתנאים הבאים:
- 8.4.1 המבוטח יודיע בכתב למבטח בכתב על רצונו להמשיך להיות מבוטח בפוליסת פרט תוך 90 יום מיום תום הביטוח בפוליסה (הקבוצתית).
- 8.4.2 מועד תחילת הביטוח יהא מיום סיום הפוליסה (הקבוצתית) ובהתאם ישולמו דמי הביטוח.

- 8.4.3 ההצטרפות לביטוח תהא ברצף ביטוחי (ללא תקופות אכשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים), ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחוייב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים שאינם חופפים.
- 8.4.4 יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסת הפרט יהא כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח ביחס לדמי הביטוח ששולמו בגין הפוליסה (הקבוצתית).
- 8.4.5 תינתן הנחה בשיעור של 30% מתעריפי פוליסת פרט כפי שיהיו נהוגים באותה העת למשך תקופה של 3 שנים.

## 9.

**סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על כל פרקי הפוליסה:**  
**החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:**

- 9.1 מקרה הביטוח ארע לפני תאריך תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה לעיל.
- 9.2 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסטטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסטטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.
- 9.3 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום ושאינו הרופא המבצע את הניתוח.
- 9.4 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה בתחום ושאינו הרופא המבצע את הניתוח.
- 9.5 אבזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.

- 9.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או חברתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.
- 9.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.
- 9.8 תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או מצבים רפואיים המיוחסים ו/או קשורים ו/או נובעים מאיידס ו/או נובעים מהווירוס המחולל איידס, לרבות תוצאה חיובית בבדיקת HIV, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרקים רלוונטיים.
- 9.9 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.
- 9.10 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 9.11 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שכר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.
- 9.12 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 9.13 פעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה, פעולה בלתי חוקית. סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפת"ד.
- 9.14 הפרעות נפש ו/או מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים.
- 9.15 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסויים בפרק מסויים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים באחד או יותר מפרקי הביטוח.
- 9.16 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ואו/ ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.

**10. תנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם:**

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

**10.2 תוקף סייג בשל מצב רפואי קודם:**

סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח הוא:

10.2.1 פחות מ- 65 שנים – יהיה תקף לתקופה של שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

10.2.2 65 שנים או יותר – יהיה תקף לתקופה של חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

**10.3 סייג של מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים:**

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

**10.4 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:**

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

**11. תשלום תגמולי הביטוח:**

11.1 החברה אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה לרופא, רופא מומחה, רופא מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל, לרבות בגין אי ביצוע ניתוח במועד שנקבע לכך מכל סיבה שהיא.

11.2 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי אשר סיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.

11.3 **חובת מסירת מסמכים מקוריים:** במקרה של תשלום תגמולי ביטוח לנוטני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות. למרות האמור לעיל, אם המבוטח חויב למסור את המסמכים המקוריים גם לגורם אחר או אם מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג את המסמכים המקוריים, על המבוטח להציג העתק מאושר של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

11.4 תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, אשר ניתנים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע חוץ ובלבד שיימסר לחברה היתר להוצאת מטבע חוץ, אם יהיה צורך בכך.

11.5 תגמולי ביטוח ששולמו במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים חדשים על פי השער היציג ביום ביצוע התשלום.

11.6 נפטר מבוטח, חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבורו, בגין שירות שניתן לו בפועל לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבוטח לפי העניין.

11.7 המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי הביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי העניין.

11.8 **תחלופ (סברוגציה):**

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, **שלא מכוח חוזה ביטוח**, עוברת זכות זו לחברה מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של החברה לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל מהחברה לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה לפי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא ככוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. **כפל ביטוח:**

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

- 12.2 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.
- 12.3 היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.
- 12.4 הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.

### 13. התביעה וניהולה:

- 13.1 **חובת הודעה על מקרה הביטוח:** המבוטח יודיע לחברה על מקרה הביטוח מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר לה לברר את חבותה ולטפל בתביעה. לא קיימה חובת ההודעה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קויימה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה: (1) החובה לא קויימה או קויימה באיחור מסיבות מוצדקות; (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור. (ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 13.2 **אישור מוקדם של המבטח להוצאות רפואיות: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו.** בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצוין כי על המבוטח לפנות למבטח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבוטח למבטח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש.
- 13.3 **מסירת מסמכי התביעה:** המבוטח ימסור לחברה את כל המידע המתייחס לתביעתו לרבות אבחנת הרופא המטפל, ואת כל המסמכים הרפואיים הדרושים לחברה לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור לחברה להשיגם. לשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית, ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור לחברה את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח.
- 13.4 החברה תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה המיידית ו/או העתידית על פי הפוליסה, באופן סביר, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את בריאותו של המבוטח. זכותה של החברה לנהל את החקירות והבדיקות כנקוב לעיל לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

- 13.5 **בדיקה רפואית** : אם יידרש לכך ע"י רופא מטעם החברה, יעמיד עצמו המבוטח לבדיקה רפואית על ידי רופא מטעם החברה ועל חשבון החברה, וימסור כל פרט ו/או מסמך רפואי שיידרש. החברה תדאג כי הרופא מטעמה יציע למבוטח מועד לבדיקה רפואית כאמור לא יאוחר מתום 30 יום מיום קבלת התביעה במקרים רגילים, ותוך 15 ימי עבודה במקרים דחופים.
- 13.6 אישור תביעה יעשה תוך 30 ימי עבודה. במקרים דחופים מתחייבת החברה לתת הסכמתה או אי הסכמתה לשאת בתשלום תגמולי הביטוח עפ"י פוליסה זו, תוך 15 ימי עבודה ממועד קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים לחברה לצורך בירור חבותה. **במקרי דחיפות מיוחדת יינתן אישור מיידי על ידי חברת הביטוח בכפוף להחלטת המבוטח על הסכמתו לבדיקת זכאותו, לאחר אישור מקרה הביטוח והתחייבותו האישית לביצוע החזר כספי ומתן ערבויות מתאימות, אם ימצא כי לא עמד בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי הביטוח.**
- 13.7 החברה מתחייבת לשלם את תגמולי הביטוח תוך 30 ימי עבודה מיום מסירת כל המידע והמסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים לה לברור חבותה.
- 13.8 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדדים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.
- 13.9 **בתשלום תגמולי ביטוח בגין השתלות או ניתוחים או טיפולים מיוחדים בחו"ל** : אישרה החברה ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל אזי:
- 13.9.1 תיתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- החברה תהיה רשאית, על פי שיקול דעתה, לשלם הוצאות מוכרות או כל חלק מהן לספקי השירות או למבוטח עצמו.
- 13.9.2 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל כאמור לעיל, יבוצע התשלום כנגד חשבונות מקוריים שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות מקוריות בהתאם להוראות סעיף 11.3. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

13.9.3 תשלומים במטבע חוץ שתשלם החברה יחושבו לפי השער היציג ביום התשלום. כל הוצאה שתהא לחברה בקשר עם המרת מטבע חוץ תחשב כחלק מתגמולי הביטוח המשולמים על ידה ולא תשולם בנוסף להם. מובהר כי במקרה של כיסוי ביטוחי שנועד לשימוש בחו"ל, תקרת תגמולי הביטוח/ גבול האחריות המופיע בפוליסה הינו סופי ובמסגרת זו יכללו העלויות הקשורות להמרה והעברת כספים לחו"ל.

13.10 **הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:**  
**כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד**, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאים. מבוטח ששהה בחו"ל וחזר לישראל, יהא רשאי לקבל שירות על פי הפוליסה בגין מקרה ביטוח שארע בחו"ל ומכוסה על פי תנאי פוליסה זו, **עם חזרתו לישראל ובכפוף לה**, והשירותים בגין מקרה הביטוח יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאים.  
**למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם נתנו על ידי המבוטח, אלא אם אישרה החברה מראש ובכתב הוצאת הוצאות אלו על ידי המבוטח בעת שהותו בחו"ל.**

#### 14. **דמי הביטוח (הפרמיה):**

14.1 **פירוט דמי הביטוח**

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

14.3 **פירוט הסדרי תשלום**

דמי הביטוח לעובדים בלבד ישולמו חלקית על ידי בעל הפוליסה לזכאים בלבד. עובדים שאינם זכאים, עובדים זכאים בגין יתר הסכום שאינו משולם על ידי בעל הפוליסה ופרמיות בגין בני הזוג והילדים ישולמו ע"י העובד באמצעות ניכוי משכר העובד.

#### **תשלום בעת חל"ד/חל"ת**

**חל"ד** - עובד/ת אצל בעל הפוליסה ובני משפחה/ו המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצאת/ת העובד/ת בחופשת לידה כהגדרתה בחוק, בתנאי שבמהלך חופשת הלידה דמי הביטוח ישולמו כסדרם או ישולמו מיד עם חזרת העובד/ת לעבודה רטרואקטיבית עבור כל חופשת הלידה.



**חל"ת** - עובד/עובדת בעל הפוליסה ובני משפחתו/ה המבוטחים במסגרת פוליסה זו, יהיו זכאים לביטוח בתקופה בה נמצא העובד/ת בחופשה ללא תשלום לתקופה של עד 12 חודשים (להלן: החל"ת) בכפוף לתשלום דמי הביטוח כסדרם. יובהר כי התשלום עבור תקופת החל"ת עד ששה חודשים יהיה על חשבון העובד, דרך תלוש השכר עם חזרתו לעבודה, במקרה שתקופת החל"ת עולה על ששה חודשים, תשלום דמי הביטוח יהיה ע"י העובד באמצעי גביה אישי.

מוסכם כי אם תיפול טעות ושם או שמות מבוטחים כלשהם ישמטו מהרשימות הנ"ל, הם יוספו אליה לאחר ברור ותשלום דמי הביטוח בהתאם, אם יוכח כי אכן מדובר בטעות בלבד. מבוטחים כנ"ל ייהנו ממלוא הזכויות שעל פי תנאי פוליסה או שישולמו מיד עם חזרת העובד/ת לעבודה רטרואקטיבית עבור כל החל"ת.

### **ילד בוגר**

הגיע ילד מבוטח במהלך תקופת ההסכם לגיל 25 שנה, ימשיך הביטוח בגינו באופן אוטומטי תמורת תשלום דמי ביטוח כמפורט בדף הרשימה.

14.4 **פיגור בתשלום דמי הביטוח:** לא שולמו דמי הביטוח במועד, על ידי המבוטח ולא שולמו גם תוך 15 יום לאחר שהחברה דרשה מהמבוטח בכתב לשלם, רשאית החברה להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן וזאת מבלי לפגוע בזכותה על-פי כל דין.

14.5 אם כתוצאה מהוראות חיקוק כלשהי או הוראת רשות ממשלתית המתייחסת לפוליסה זו, תהיה החברה מחויבת לשנות את דמי הביטוח הנקובים ברשימה, מעבר לשינוי הנובע מהצמדתם למדד, תודיע החברה על כך לבעל הפוליסה ולמבוטחים ודמי הביטוח ישולמו כפי שישונו, והכול בכפוף להסכמת בעל הפוליסה.

### **15. התאמת דמי ביטוח**

בתום כל שנת ביטוח מהמועד הקובע תהיה רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים, ליתרת תקופת הביטוח על פי ניסיון התביעות הפוליסה כמפורט להלן: כהפסדים בתוכנית הביטוח בתקופת הביטוח החולפת, יראו את הסכום בו עולה סכום התביעות המשולמות והתלויות, לרבות I.B.N.R בגין אותה תקופת ביטוח כשהוא משוערך למדד, על סכום של 75% מסכום הפרמיות המשולמות בגין אותה תקופה כשהן משוערכות למדד. אם יתברר בתום כל שנת ביטוח כי תכנית הביטוח נושאת הפסדים לחברה, כהגדרתם להלן – יועלו דמי הביטוח בגובה המתאים לאיזון ההפסדים אולם לא יותר מעליה בת 80% מהתעריפים בפוליסה ביום ההתאמה.

לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופה הקודמת למעט הצמדתן למדד והתאמתן לעלייה בגיל האקטוארי.

### **16. התיישנות:**

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

### **17. חובת גילוי:**

17.1 **ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבטוח.**

17.2 ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבטוח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבטוח בכוננת מרמה.

17.3 קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתיים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה: (1) התשובה ניתנה בכוננת מרמה; (2) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבטוח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

17.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוננת מרמה: (1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

18. **חקיקה:**  
על פוליסה זו יחולו הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א – 1981 או כל חוק אחר שיבוא במקומו אלא אם הותנה אחרת בפוליסה זו.

19. **מיסים והיטלים:**  
בעל הפוליסה או המבטוח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

20. **למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.**

21. **הודעות:**  
כתובת הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:  
בעל הפוליסה: דלקול בע"מ  
כתובת: ת. ד 31 לוד  
המבטח: הפניקס חברה לביטוח בע"מ  
כתובת: דרך השלום 53 גבעתיים  
כל הודעה שתשלח בדואר רשום לפי הכתובות הרשומות לעיל, תחשב כהודעה שהתקבלה על ידי הנמען תוך 72 שעות  
מעט מסירת המכתב הכולל את ההודעה בדואר ולשם הוכחת המסירה די להוכיח כי המכתב

# פרק 1- השתלות וטיפולים רפואיים בחו"ל

הופקד בדואר.

## 1. הגדרות לפרק זה:

### בפרק זה יתפרשו המונחים הבאים כמפורט להלן:

#### 1.1 "השתלה":

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, מעי, שחלה וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, ללא הוצאת איבר מגוף המבוטח, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר.

1.1.2 השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי ו/או קוצב סרעפתי לחולי ALS, במקרה בו יושתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.3 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם בלבד או אונת כבד או ריאה, אשר נלקחו מבעל חיים במקומם בשלב בו הפרוצדורות הפסיקו להיות מוגדרות כניסיוניות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי/ במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

1.1.4 השתלה תכוסה עפ"י הגדרה זו ותנאי פוליסה זו, ובלבד שהתמלאו התנאים המצטברים המפורטים להלן:

1.1.4.1 רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי קבע את הצורך בביצוע ההשתלה.

1.1.4.2 ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו נמצא אותו בית חולים.

1.1.4.3 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח מראש אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות החוק, 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.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות.

- 1.1.5 מובהר כי אין בכיסוי ביטוחי לפי פרק זה בכדי להרחיב את המונח "השתלה" ו/או "איבר" כהגדרתו בחוק השתלת איברים ו/או חוק איסור סחר באיברים לעניין חוקים אלו וחובת יישום בנסיבות.**
- 1.2 " **טיפול מיוחד בחו"ל**" – ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד בחו"ל אשר מתקיימים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:
- 1.2.1 סיכויי ההצלחה (יילקח בחשבון הניסיון המצטבר) בביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול או הניתוח בארץ.
- 1.2.2 הטיפול אינו בר ביצוע ע"י שירותי הרפואה בישראל ואין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל. "טיפול/ניתוח חלופי" – טיפול/ניתוח הניתן לביצוע בישראל, המאפשר להשיג אותן תוצאות רפואיות המושגות ע"י הטיפול המבוקש ובלבד שאין בו לגרום למבוטח נזק או תופעות לוואי חמורות יותר.
- 1.2.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה בחו"ל לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה, וכתוצאה מכך נגרמת סכנה לחיי המבוטח.
- 1.2.4 ביצוע הטיפול בחו"ל חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו של הטיפול מהווה סכנה ממשית לחייו.
- בנוסף, הטיפול המיוחד בחו"ל מותנה כי הצורך בביצועו של הטיפול המיוחד בחו"ל והתנאים המפורטים מעלה (לפחות שניים) מתקיימים על פי אישורו של רופא, מטעם המבוטח, שהינו מומחה בתחום הספציפי בו נדרש המבוטח לבצע את הטיפול המיוחד בחו"ל ועל פי אישורו של רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח. **מובהר כי אבירים ו/או תרופות אינם נכללים בכיסוי זה.**
- 1.3 "טיפול חלופי" - טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל, ואשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בסיכון גבוה יותר לתוצאות חמורות יותר למטופל.
2. **מקרה הביטוח :**
- מקרה הביטוח הינו מצב רפואי המחייב השתלה ו/או ניתוח ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, במהלך תקופת הביטוח.
- למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.**
3. **סכום הביטוח:**
- 3.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה להשתלה/ השתלות** – ללא תקרה אצל נתון

שירות שבהסכם עם החברה ועד לתקרת שיפוי של 4,500,000 ₪ אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה, אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג של השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה. למרות האמור לעיל, על ההוצאות המפורטות בסעיף 4 יחולו הקבועות שם ובכפוף לתקרה הקבועה בסעיף זה, לפי הנמוך מביניהם.

**להשתלות איברים שנלקחו מבעלי חיים** - עד לסך של 2,000,000 ₪ אך לא יותר ממחיר ההשתלה המקסימאלי המקובל לאותו סוג השתלה במדינה בה מתבצעת ההשתלה.

3.2 3.2.1 **סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה טיפול מיוחד בחו"ל** – עד לסכום של 800,000 ₪ למבוטח כולל ההוצאות הנלוות לפי סעיף 4.

3.2.2 **פיצוי חד פעמי על אי תביעה או על המצאת מימון חלקי :**

3.2.2.1 במקרה של ביצוע הניתוח /הטיפול המיוחד בחו"ל, ללא השתתפות החברה במימון עלות כלשהי מכוח פרק השתלות זה, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 65,000 ₪ ולא יותר מ-50% מהסכום הנחסך למבטח.

3.2.2.2 במקרה של ביצוע הניתוח /הטיפול המיוחד בחו"ל במימון חלקי של קופת החולים של לפחות 25%, ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של עד 25,000 ₪ ולא יותר מ- 50% מהסכום הנחסך למבטח.

3.3 **למען הסר ספק יודגש כי הסכום הפיצוי הנ"ל לא ישולם בגין טיפול/ניתוח שבועז בארץ.**

#### 4. שיפוי להוצאות השתלה:

תגמולי הביטוח לפי פרק זה ישולמו בגין ההוצאות המפורטות להלן:

4.1 הוצאות בגין טיפול רפואי שניתן למבוטח במסגרת האשפוז שבמהלכו בוצעה ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, לרבות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות שירותי מעבדה ותרופות.

יובהר כי לא יינתן כיסוי לשירותים רפואיים בחו"ל שאין מניעה לבצעם בישראל טרם יציאת המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל, או שאין מניעה לדחותם עד שוב המבוטח לישראל.

4.2 הוצאות אשפוז בחו"ל עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל ועד 270 יום לאחר ביצועם.

- 4.3 במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (EVALUATION) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.
- 4.4 הוצאות איתור איבר להשתלה, לרבות הוצאות כרטיס טיסה הלוך ושוב לחו"ל, רישום במאגרים, הוצאות רפואיות לקציר האיבר והעברתו למקום ההשתלה, עד לסך של 100,000 ₪.
- 4.5 הוצאות טיפולי המשך בחו"ל המתרחשים לאחר האשפוז, הנובעים מביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ועד לסכום של 50,000 ₪ להשתלה או 25,000 ₪ לניתוח ו/או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.6 הוצאות נסיעה לחו"ל עד לתקרה של מחיר כרטיס טיסה הלוך ושוב במחלקת תיירים, לרבות היטל נסיעה אם יחול, למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין.
- 4.7 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת והעברה יבשתית סבירה מבית החולים בארץ לשדה התעופה ומשדה התעופה לבית החולים בחו"ל ובחזרה, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס לחו"ל ובחזרה בטיסה מסחרית רגילה, וזאת עד לסכום של 80,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל, לפי המקרה.
- 4.8 הוצאות שהייה בחו"ל למבוטח ולמלווה אחד עד לסכום של 800 ₪ ליחיד או 1,600 ₪ לשניים, לכל יום שהייה. תקרת הוצאות המקסימאלית להוצאות שהייה לפי סעיף זה הינה עד לסך של 100,000 ₪ להשתלה או לטיפול מיוחד בחו"ל.
- במקרה שהמבוטח שעובר את ההשתלה או את הטיפול מיוחד בחו"ל, לפי העניין, הנו קטין, יכוסו הוצאות שהייה בגין הקטין ושני מלוויו בסך של עד 2,100 ₪ לכל יום שהייה ועד לתקרה מקסימאלית של 150,000 ₪.
- 4.9 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, לרבות ביצוע מספר טיסות, אם ידרשו כאלו והוצאות העברות קרקעיות למקום ביצוע ההטסה, אם ידרשו כאלו, אם נפטר חו"ח בעת שהותו בחו"ל עד לסכום של 80,000 ₪.
- 4.10 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל, לביצוע השתלה או ניתוח ו/או טיפול מיוחד בישראל במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות, עד לסכום של 100,000 ₪ למקרה ביטוח אחד. למען הסר ספק יובהר כי סכום שיפוי מרבי זה הינו בנוסף להוצאות הניתוח או הוצאות ביצוע ההשתלה שישולמו על ידי החברה.
- 4.11 הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם להשתלה עד לסכום של 1,000,000 ₪.
- 4.12 המבוטח יפצה את המבוטח בגמלה חודשית בעבור השתלה אשר בוצעה בחו"ל (למעט **השתלת מח עצם עצמית**) בסכום של 6,000 ₪, או 4,000 ₪ במקרה של השתלת כליה או מח עצמות, אשר תשולם למבוטח מיום חזרתו ארצה לאחר ביצוע ההשתלה, ולמשך 24 חודשים (להלן: "**תקופת התשלום**").

הגמלה החודשית תשולם למבוטח גם אם ההשתלה כאמור בפרק זה בוצעה בישראל, ובלבד שקיימת זכאות לביצוע עפ"י תנאי הפוליסה. במקרה מות המבוטח תשולם יתרת התשלומים שנותרו להשלמת 24 גמלאות לשאירי המבוטח. **במקרה השתלה חוזרת בתוך תקופה תשלום הגמלה, לא תשולם גמלה נוספת.**

4.12 מיסים, היטלים ו/או הוצאות בגין המרת סכום ביטוח או חלקו, או הוצאות מוכרות או חלקן למטבע חוץ והוצאות העברתן לחו"ל, יהיו חלק מתגמולי הביטוח אם תישא בהן החברה, והכול בכפוף לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף 3 לעיל.

4.13 כל סכומי הביטוח צמודים למדד היסודי על פי פרק התנאים הכלליים לפוליסה זו.

## 5. תשלום תגמולי הביטוח:

לאחר קבלת אישור החברה לביצוע ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל על פי פרק זה:

5.1 תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את ההשתלה או הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל.

5.2 החברה תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה הבלעדי, לשלם את ההוצאות המוכרות לפי פרק זה ישירות לגורמים להם יש לשלם הוצאות אלה או לשלם למבוטח עצמו.

5.3 במקרה של תשלום תגמולי ביטוח או חלקם ישירות לגורמים בחו"ל, יבוצע התשלום אך ורק כנגד חשבונות שיומצאו לחברה. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת חשבוניות וקבלות. אם יידרש, ימציא המבוטח לחברה גם אישור להוצאת מטבע חוץ.

5.4 סכומים הנקובים במטבע זר המבטח ראוי לשלםם בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח במערכות המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול על תשלום שכזה.

## 6. פיצוי במקרה של השתלה או צורך רפואי בהשתלה (לפי בחירת המבוטח):

6.1 פיצוי במקרה של ההשתלה ללא מעורבות המבטח :

במקרה בו בחר המבוטח לבצע את ההשתלה בחו"ל ללא השתתפות החברה במימון עלות ההשתלה ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 250,000 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה. למען הסר ספק יודגש כי הסכום הנקוב בסעיף זה לא ישולם בגין השתלות שבוצעו בישראל.

6.2 פיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה- כיסוי ביטוחי למחלה קשה:

ישולם למבוטח פיצוי חד פעמי בגובה של 250,000 ₪ בתנאי שהמבוטח הגיש תביעה לחברה בגין הצורך הרפואי בהשתלה בצירוף מסמכים רפואיים וחוות דעת רפואית בדבר הצורך בהשתלה ובכפוף להמצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר. **מימוש המבוטח את זכאותו לקבלת הפיצוי בהתאם לסעיף זה, לא יהיה זכאי לקבל כל שיפוי או פיצוי או גמלה על פי פרק זה בגין ההשתלה או בקשר אליה. פיצוי לפי סעיף זה לא יינתן בגין השתלת מח עצם עצמית,**

למען הסר ספק יודגש כי פיצוי זה יבוא במקום כל תגמול אחר בגין ההשתלה.

7. תקופת אכשרה : 30 יום.

8. סייגים לאחריות המבטח

8.1 טיפולים רפואיים שאינם טיפולים רפואיים קונבנציונאליים, לרבות טיפולים הומיאופתיים.

8.2 השתלת מח עצמית ו/או תאי גזע מדם המושתל עצמו.

8.3 טיפולים רפואיים ו/או טכנולוגיות רפואיות, הניתנים במסגרת ניסיונית או מחקרית ואשר לא אושרו על ידי הרשויות המוסמכות כדוגמת משרד הבריאות, FDA, EMEA וכדומה, כטיפולים יעילים לטיפול במחלתו של המבוטח, במועד מתן הטיפול.

8.4 טיפולים בעקרות, אי פוריות, היריון ו/או לידה.

8.5 בדיקות גנטיות לאיתור סרטן ו/או איפיון של תהליכים ממאירים.

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



## פרק 2- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

### 1. הגדרות:

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

#### 1.1 מקרה הביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך טיפול תרופתי יקב מחלה בה חלה המבוטח אשר מחייבת טיפול תרופתי באמצעות אחת מאלה:

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

1.1.2 **תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות** - כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד או שווייץ או נורבגיה או איסלנד. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תחשב כתרופה ניסיונית.

#### 1.1.3 **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL**

תכוסה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1. פרסומי ה- FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information

4. Drugdex MIcromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים

במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

- א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a חוזק הראיות (Strenght Of Evidence) נמצאת בקטגוריה B או A
- ג. יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או II a
5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guidelin שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
- א. NCCN  
 ב. ASCO  
 ג. NICE  
 ד. ESMO Minimal Recommendation  
 ה.
- 1.1.4 **טיפול תרופתי בתרופת יתום.**
- 1.1.5 תרופה אשר מכוסה בסעיפים 1.1.1 – 1.1.4 לעיל גם אם יש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות.
- הגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח' - 12-1-2007 הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות.**
- 1.2 **תקופת התגמול -** תקופה מרבית לתשלום בגין התרופה.
- 1.3 **למען הסר ספק יובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם מיועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.**
- 1.4 **סכום שיפוי מרבי -** גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 **מחיר מרבי מאושר -** הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת ובכפוף לסעיף 4.1 להלן.

## **2. הכיסוי הביטוחי:**

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

- 2.1 **המבוטח יפנה לקבלת אישור החברה קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. בהעדר אישור מוקדם של החברה (המבוטח) לרכישת התקופה- אנא ראה הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים.**
- 2.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות (בהעדר קבלות מקוריות- אנא ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים), ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.
- 2.3 חובת החברה על פי פרק זה תהיה אך ורק בגין **הוצאות שהוצאו בפועל**.
- 2.4 **השתתפות עצמית**- בנוסף לאמור בסעיף 2.3 לעיל, תשלם החברה אך ורק הוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום ההשתתפות העצמית למרשם שהינה 250 ₪ למרשם לחודש.
- 2.5 **תקרת כסיו**- סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה בסך 1,500,000 ₪ למשך כל תקופת הביטוח.
- 2.6 החברה תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח בגובה של עד 150 ₪ ליום ועד 30 ימים לכל מקרה ביטוח. סכום זה בא בנוסף לשיפוי בגין עלות התרופה.
- 2.7 הסכומים המפורטים בפרק זה יהיו צמודים למדד היסודי.

### **3. הוצאות מוכרות:**

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

### **4. הגבלות נוספות לאחריות החברה:**

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

- 4.1 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום השיפוי המרבי לתרופה, על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. במידה שלתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום השיפוי המרבי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, במחירי דולר ארה"ב.

4.2 בנוסף לאמור לעיל לא תהיה החברה אחראית לכל תשלום על פי פרק זה בגין:

- 4.2.1 תרופה ניסיונית אשר לא אושרה ע"י הרשות המוסמכת..
- 4.2.2 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה/ גמילה מעישון.
- 4.2.3 תרופות לטיפולים במחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים
- 4.2.4 תרופה לטיפול בבעיות שניניים וחניכיים.
- 4.2.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.
- 4.2.6 מקרה הביטוח הנובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות ו/או טיפולים נגד עקרות ו/או אין אונות.
- 4.2.7 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופטיים או תרופות אלטרנטיביות.
- 4.2.8 הוצאה מוכרת שהוצאה בחו"ל ו/או לאחר תום תקופת הביטוח.

#### תקופת האכשרה:

5.

תקופת האכשרה בפרק זה תהיה בת 30 יום.

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

## פרק 3- מסלול א' - ניתוחים בישראל- מסלול מהשקל הראשון

### 1. הגדרות:

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

1.1 "ניתוח" - ר' הגדרת "ניתוח" בתנאים הכלליים לפוליסה זו. כמו כן, יובהר, כי הכיסוי ל"ניתוח" על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/ הזרקה והזלפות, אלא אם כן צויין אחרת במסגרת פרק זה מפורשות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון C.T ו- M.R.I אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.

#### "ניתוחים מיוחדים"

1.1.1 ניתוחי קוצר ריאה - יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח

1.1.2 ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה - יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח

1.2 "יום אשפוז" - יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

### 2. מקרה ביטוח:

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ניתוח.

### 3. אישור החברה לתגמולי הביטוח טרום ההוצאה:

על החברה לאשר את תשלום תגמולי הביטוח מראש למבוטח. בהעדר אישור מראש - ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים בפוליסה. מכל מקום החברה תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח, ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.

החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המפורטות בסעיף 4.4 להלן (להלן: "**ההוצאות המוכרות**") לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

4.1 החברה תשלם ישירות לנותן השרות, או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.

4.2 החברה תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות (בהיעדר קבלות מקוריות – ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לפוליסה), תוך תקופה שלא תעלה על 30 ימי עסקים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה לצורך ביצוע התשלום.

4.3 **בחירתו של מנתח, רופא מרדים, מנתח שברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.**

4.4 **להלן פירוט ההוצאות המוכרות:**

4.4.1 בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.

בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח שבהסכם עם המבוטח.

4.4.2 **הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ביטוח:**

החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח, או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנותני שירות שבהסכם.

הוצאות חדר הניתוח מנותני שירותים שלא בהסכם יהיו בהתאם ללוח התגמולים המפורט באתר המבוטח ([www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)) לאותו ניתוח.

**כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח שבהסכם, ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**

4.4.3 **הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:**

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות (בהיעדר קבלות מקוריות- ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו).

**4.4.4 תותבות / שתל -אביזר מושתל:**  
בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושתל במבוטח שתל/ תותבות, תשתתף החברה בעלות התותב הנ"ל עד לסך של 25,000 ₪.

**4.4.5 שירותי אחות פרטית/ במהלך אשפוז:**

שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז עד לסכום של 650 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבוטח (בהעדר קבלות מקוריות- ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים) או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית, ובלבד שביצוע השמירה הפרטית לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

**4.4.6 פיזיותרפיה בעת האשפוז, בעקבות הניתוח ולאחריו:** עד 1500 ₪ ליום למשך כל תקופת האשפוז.

**4.4.7 שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:**

החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

**4.4.8 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:**

החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח, אשר ביצע בפועל את הניתוח. הכיסוי יהיה עד המשולם לרופא שבהסכם.

**4.4.9 התייעצות נוספת לפני ניתוח:**

החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח אצל רופא מומחה בתחום הרלוונטי, מנהל או סגן מנהל מחלקה/יחידה, כפי שיקבע על ידי המבוטח, בשאלת הצורך בנייתו עד 1200 ₪ עם 20% השתתפות עצמית.

**4.4.9 הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות:**

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות. בנוסף תכסה החברה בדיקה פתולוגית נוספת במידת הצורך כחווית דעת שנייה ועד לתקרה של 1000 ₪.

4.4.10 **תשלום במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת (בשיעור של 75% לפחות) במקרה של סיבוכי ניתוח בישראל :**

4.4.10.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 2,500 ₪ במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת, הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו **ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67** בעת קרות מקרה הביטוח לראשונה.

**הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.**

4.4.10.2 המבוטח יחשב כבעל נכות תעסוקתית מוחלטת לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה, אם עקב הניתוח נשלל ממנו **בשיעור של 75% לפחות** הכושר להמשיך במקצועו, או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח, או בעיסוק אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, כפי שיקבע על ידי רופא תעסוקתי, וזאת מקום בו הכושר כאמור נשלל מהמבוטח **לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח** (להלן: "תקופת המתנה").

**עקר/ת בית** תחשב במצב של נכות תעסוקתית מוחלטת כאמור לעיל, אם עקב ביצוע הניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, נשללה ממנו/ממנה באופן מלא האפשרות לבצע את עבודות הבית שביצע/ה לפני קרות מקרה הביטוח.

**הפסקת עבודה (כולל מצב של מובטל/ת)** אם למבוטח לא היה כל עיסוק ו/או מקצוע בעת קרות מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי הביטוח לנכות תעסוקתית מוחלטת רק אם נשלל מהמבוטח הכושר לעסוק בכל עיסוק שהוא. למרות האמור לעיל, אם המבוטח הפסיק את עיסוקו עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח ולא היה ולא עסק בעיסוק כלשהו בעת קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה תגמולי ביטוח בהתאם לעיסוקו האחרון במועד הפסקת העבודה.

4.4.10.3 הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת המתנה, **לתקופה מרבית של 12 חודשים .**

**בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי לו זכאי המבוטח, על 75% משכרו החודשי הממוצע ב – 12 החודשים שקדמו לניתוח, להוציא במקרה של מבוטל (לא כולל הפסקת עבודה עד 3 חודשים טרום מקרה הביטוח).**

4.4.10.4 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.



4.4.10.5 במידה שהמבוטח חזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל – החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו, ובנוסף לפעול לגביית הסכומים, אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

4.4.10.6 במקרה של נכות תעסוקתית חוזרת בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת להשלמת החודשים עד מיצוי של 12 חודשים למקרה ביטוח כאמור בסעיף 4.4.10.3 לעיל.

#### 4.4.12 **פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח בישראל :**

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי בגובה 100,000 ₪. לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

#### 4.4.13 **פיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS:**

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 זאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף האיידס בטרם תחילת הביטוח.

#### 4.4.14 **פיצוי בגין הידבקות ב- הפטיטיס B:**

מבוטח אשר כתוצאה מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, נדבק בנגיף הפטיטיס B, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח, והמבוטח לא היה נשא נגיף הפטיטיס B בטרם תחילת הביטוח.

#### 4.4.15 **הוצאות החלמה ושיקום:**

בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או ניתוח בעמוד השדרה או החלפת מפרק או ניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 5 ימים, תשתתף החברה בהוצאות החלמה – עד 760 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 12 ימי החלמה בבית החלמה מוכר בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע עפ"י שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשהייה נעשתה עד 90 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

הוצאות שיקום- "שיקום" ייחשבו הטיפולים המנויים כדלהלן: ריפוי בעיסוק, שיקום

ניורולוגי, פיזיותרפיה, הידרותראפיה, התעמלות שיקומית, שיאצו, שיקום דיבור, מסג' טיפולי, טיפול ע"י LLLT. השיפוי כנגד קבלות ו/או חשבונות במקרה קבלת חלק מההחזר ע"י השב"ן. הוצאות השיקום יינתנו בתנאי שהצורך בשיקום נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשיקום יתבצע במהלך 90 ימים ממועד הניתוח ועד 12 טיפולים למקרה ביטוח ולא יותר מ-150 ש"ח לטיפול. שיפוי עפ"י סעיף זה להוצאות החלמה ושיקום יחד לא יעלה על סך של 20,000 ש"ח.

4.4.16 **בדיקות:** מעבדה, בדיקות כימיות, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, הדמיה והדמיה מגנטית – כחלק מהאשפוז בעת הניתוח ו/או כהכנה לביצוע ניתוח. במקרה שיעשו הבדיקות שלא במהלך האשפוז, ישפה המבטח את המבטח, כנגד קבלות, בגין ביצוע הבדיקות, עד ל-90% מההוצאות בפועל שהוצאו בגין הבדיקות ולא יותר מ-2,000 ש"ח למקרה ביטוח. מובהר כי המבטח יהיה זכאי לכיסוי, כאמור לעיל, רק אם מטרת הבדיקות הינה לקבוע את הצורך בניתוח או אם הבדיקות בוצעו, לאחר שנקבע מועד לניתוח וכחלק ישיר מההכנה הישירה לביצועו

5. **תקופת האכשרה - בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.**

**תשומת לב המבטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד - פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.**

## פרק 3- מסלול ב' - ניתוחים בישראל- מסלול משלים שב"ן

פרק זה מיועד למבטוחים החברים באחת מתוכניות השב"ן בלבד. הזכאות לתגמולי ביטוח כאמור בפרק זה הינה לאחר מיצוי הזכאות לתגמולי ביטוח (שיפוי, פיצוי, הנחה ו/או השתתפות) להם זכאי המבוטח, במידה והינו זכאי להם, במסגרת תוכנית השב"ן בה המבוטח חבר. **דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין מסלול בעל כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (מסלול אשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).**

1.

### הגדרות:

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

1.1 **"ניתוח" - ר' הגדרת "ניתוח" בתנאים הכלליים לפוליסה זו. כמו כן, יובהר, כי הכיסוי ל"ניתוח" על פי פרק זה אינו כולל בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה או כל פעולה רפואית המתבצעת באמצעות זריקה/ הזרקה והזלפות, אלא אם כן בפרק זה אחרת מפורשות. כמו כן, הכיסוי אינו כולל בדיקה/ות ופעולות הדמיה כגון M.R.I – C.T. אלא אם הינן נדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז לקראת הניתוח או במהלך הניתוח.**

### "ניתוחים מיוחדים"

1.1.3 ניתוחי קוצר ראה – יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח

ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה – יכוסו בכפוף לאישור על צורך רפואי משני רופאים מומחים בתחום, שאינם מועסקים במוסד הרפואי המבצע את הניתוח.

1.2 **"יום אשפוז" – יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.**

1.3 **"כיסוי ביטוחי לניתוחים מהשקל הראשון" – כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ואשר תגמולי הביטוח משולמים בו ללא תלות בזכויות המגיעות למבוטח מהשב"ן.**

1.4 **כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" – תוכנית ביטוח המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, והנותנת כיסוי ביטוחי להשלמת ההפרש בין סך ההוצאות להן זכאי המבוטח לקבל על פי תנאי השב"ן לבין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בכפוף לתגמולי הביטוח, להם זכאי המבוטח על-פי פרק זה.**

- 1.5 **"מועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן"** – מועד הביטול יהיה על פי אחד מהמועדים הבאים, המוקדם מביניהם:  
**1.5.1** מועד הודעת קופת החולים על ביטול תוכנית השב"ן ו/או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם  
**1.5.2** המועד בו על פי תקנון השב"ן נכנסה לתוקף בקשת המבוטח להיגרע מתוכנית השב"ן.
- 1.6 **תקופת אכשרה בשב"ן** – תקופת זמן רצופה המתחילה במועד ההצטרפות לתוכנית השב"ן ו/או לחלקיה ו/או לפרקיה, הנקבעת על ידי קופת החולים המספקת את השב"ן והמשתנה מכיסוי לכיסוי ומקופת חולים לקופת חולים ותסתיים בתום התקופה שצוינה בכל חלק ו/או פרק בתוכנית השב"ן.
- 1.7 **"אישור רשמי מקופת החולים"** – אישור כתוב על דף הנושא את שם וסמל קופת החולים, חתום על ידי מורשה מטעם קופת החולים בצירוף חותמת קופת החולים.

## 2. **מקרה ביטוח:**

מצבו הרפואי של המבוטח המצריך ניתוח.

## 3. **אישור החברה לתגמולי הביטוח טרום ההוצאה:**

**על החברה לאשר את תשלום תגמולי ביטוח מראש למבוטח. בהעדר אישור מראש – ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים בפוליסה. מכל מקום החברה תישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין הניתוח, ובשיעור תגמולי הביטוח שאישרה או בסכום ההוצאות שהוצאו בפועל, לפי הנמוך מביניהם.**

## 4. **תגמולי הביטוח:**

החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המפורטות בסעיף 4.9 להלן (להלן: **"ההוצאות המוכרות"**) לכל הניתוחים המבוצעים בישראל, על-פי התנאים כדלקמן:

- 4.1 המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו. במקביל יפנה המבוטח לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן. אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תנאי הפוליסה. למען הזהירות ועל מנת שלא להתחייב להוצאות שלא יוכרו לאחר מכן על ידי המבטח, מומלץ למבוטח לקבל את אישור המבטח לניתוח לפני ביצועו.

- 4.2** לאחר פניית המבוטח לשב"ן למימוש הזכאות על פי תנאי השב"ן ולאחר שעבר את הניתוח, ישלם המבטח למבוטח את ההפרש שבין סך כל ההוצאות בפועל, לבין החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.  
החזר בגין השתתפות עצמית לשב"ן
- מבוטח אשר עבר ניתוח שהוצאותיו כוסו במלואן או בחלקן ע"י השב"ן/ קופ"ח (טופס 17) ושילם השתתפות עצמית: בגין תשלום עבור השתתפות עצמית ששולמה על ידי המבוטח לשב"ן, ישפה המבטח את המבוטח במלא התשלום בכפוף להצגת חשבונית מקורית וסיכום ניתוח (בהעדר חשבונית מקורית- ר' הוראות סעיף 11.3. הפרק התנאים הכלליים לפוליסה זו).
- 4.3** תקרת תגמולי הביטוח על פי פרק זה יהיו עד לתקרת הסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 4.9 להלן ויהיו עבור ההוצאות בפועל של המבוטח, על פי קבלות מקוריות ובכפוף לאמור בסעיף 4.6 שלהלן.
- 4.4** על מנת שהמבטח יוכל לשלם למבוטח את הפרש ההוצאות כאמור לעיל, ימציא המבוטח למבטח אישור רשמי מקופת החולים על סך החזר ההוצאות להן הוא זכאי על פי תנאי השב"ן.
- 4.5** במקרים הבאים בלבד לא תהיה קיומה של הזכאות על פי תוכנית השב"ן תנאי מוקדם לקיום חבות המבטח על פי פרק זה:
- 4.5.1** במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי המבטח כאמור בסעיף 4.9 להלן.
- 4.5.2** במקרה שבו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתוכנית השב"ן, אי תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן) ישולם למבוטח ההפרש שבין סך הוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תוכנית השב"ן שבה הוא היה חבר, וזאת על פי אישור מקופת החולים (להלן: "הקופה") אותו ימציא המבוטח למבטח לגבי ההוצאות שהיו משולמות לו על ידי הקופה במקרה זה.
- 4.6** המבטח יהיה רשאי על פי שיקול דעתו לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו בגין הוצאות לשירותים רפואיים שלהלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי בתוך תקופת הביטוח בסכום שלא יעלה על הסכומים בגין הכיסויים כמפורט להלן.
- במקרה של תשלום תגמולי הביטוח לנותני השירותים יבוצע התשלום כנגד חשבונות שיומצאו לחברה, ובמקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד הצגת קבלות מקוריות של

נותן השירות המאשרות תשלום בפועל (בהעדר מסמכים מקוריים- ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים לפוליסה זו).

**4.7 במקרה בו תוכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות כאמור בסעיף 4.5 לעיל, המבוטח ימציא למבטח אישור רשמי מקופת החולים המציין את האמור בשני הסעיפים הקטנים הראשונים שלהלן במצטבר:**

**4.7.1 המבוטח אינו זכאי לקבל החזר הוצאות על פי תנאי השב"ן.**

**4.7.2 פירוט הסיבה לאי הזכאות.**

**4.7.3 היה ובמועד קרות מקרה הביטוח אין למבוטח זכאות לכיסוי ביטוחי במסגרת השב"ן מאחר והמבוטח אינו מבוטח בשב"ן באותה העת, ישולם למבוטח ההפרש בין הסכומים שהיו אמורים להיות משולמים למבוטח, לו היה לו שב"ן לבין תקרת ההוצאות כאמור בסעיף 4.9 להלן.**

**4.8 ברות ביטוח:**

**4.8.1** מבוטח שחברותו בשב"ן בוטלה, יהיה רשאי לפנות למבטח תוך 60 ימים ממועד ביטול החברות בתוכנית השב"ן בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (להלן: "פוליסת המשך"). המבוטח יהיה רשאי לפנות למבטח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתוכנית שב"ן בקופה אחרת (הכוללת תקופת אכשרה אם קיימת) ובין אם לאו. במקרה כאמור, המבוטח יהיה זכאי לעבור לפוליסת המשך ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה, בכפוף לתשלום הפרמיה המלאה על פי מסלול ניתוחים מהשקל הראשון, על פי גילו בעת המעבר למסלול זה.

**4.8.2** לא מימש המבוטח זכות זו תוך 60 הימים לעיל, תפקע זכות זו מאליה ותחודש בעת הצטרפות המבוטח לתוכנית שב"ן בקופת החולים בה הוא חבר באותה עת וזאת על פי אישור הקופה, אשר ימציא המבוטח למבטח המעיד על תקופת חברותו בשב"ן.

**4.9 להלן פירוט ההוצאות המוכרות:**

**מובהר כי בחירתו של מנתח, רופא מרדים ומנתח ברשימה, כפופה להסכמת בית החולים. תיאום הניתוח יעשה על ידי המנתח שנבחר על ידי המבוטח.**

**4.9.1 שכר מנתח/מרדים:**

**4.9.1.1** בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם על-פי בחירת המבוטח, לא תחול תקרת סכום לשיפוי עבור שכר המנתח/מרדים שבהסכם.

4.9.1.2 בגין ניתוחים המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שאינו בהסכם, עפ"י בחירת המבוטח, השיפוי יהיה לפי הסכום שהיה משולם למנתח שבהסכם עם המבטח.

#### 4.9.2 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ביטוח:

החברה תשלם למבוטח או לביה"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז וחדר הניתוח, או אם יבחר המבוטח לעבור את הניתוח בבית חולים אחר, תחזיר הוצאות אלו למבוטח, בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ועל פי תעריפי החברה לנוחני שירות שבהסכם.

הוצאות חדר הניתוח מנותני שירותים שלא בהסכם יהיו בהתאם ללוח התגמולים המפורט באתר המבטח ([www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)) לאותו ניתוח.

**כיסוי הוצאות האשפוז יהיה על פי תעריף האשפוז בחדר שבו בין שתיים עד שלוש מיטות בבי"ח שבהסכם, ועד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח.**

#### 4.9.3 הוצאות בגין בדיקות מעבדה והדמיה:

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקות מעבדה ובדיקות הדמיה הנדרשות במקרה של ניתוח ומתבצעות במהלך האשפוז, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות (בהעדר קבלות מקוריות- ר' הוראות סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו).

#### 4.9.4 תותבות/ שתל-אביזר מושלם:

בוצע במבוטח ניתוח, אשר במהלכו הושלם במבוטח שתל/ תותבות, תשתתף החברה בעלות התותב הנ"ל עד לסך של 25,000 ₪ לשתל ועד 70,000 ₪ למקרה ביטוח.

#### 4.9.5 שירותי אח/ות פרטי/ת במהלך אשפוז:

שירותי אחות פרטית במהלך אשפוז עד לסכום של 650 ₪ ליום ועד 8 ימים לכל ניתוח המכוסה על פי הפוליסה. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות למבטח (בהעדר קבלות מקוריות- ר' סעיף 11.3 לפרק התנאים הכלליים) או לחלופין הצהרה של האחות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית, ובלבד שביצוע השמירה הפרטית לא בוצע במהלך המשמרת הרגילה של האח או המטפל בבית החולים.

4.9.6 **פיזיותרפיה בעת האשפוז, בעקבות הניתוח ולאחריו:** עד 1,500 ₪ ליום למשך כל תקופת האשפוז.

4.9.7 **שירותי הסעה באמבולנס לביה"ח ובין בתי חולים בישראל:**  
החברה תשפה את המבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לביה"ח, בתנאי שהמבוטח אושפז בעקבות הבאתו לבית החולים, או ממנו או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

4.9.8 **התייעצות לפני ואחרי ניתוח:**

החברה תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני הניתוח והתייעצות אחת לאחר הניתוח עם המנתח, אשר ביצע בפועל את הניתוח. הכיסוי יהיה עד המשולם לרופא שבהסכם.

4.9.9 **התייעצות נוספת לפני ניתוח:**

החברה תכסה התייעצות מוקדמת נוספת לפני הניתוח אצל רופא מומחה בתחום הרלוונטי, בשאלת הצורך בניתוח עד 1,200 ₪ עם 20% השתתפות עצמית.

4.9.10 **הוצאות בגין בדיקות פתולוגיות:**

החברה תשלם ישירות לביה"ח בגין בדיקה פתולוגית שנעשתה על ידי מומחה לפתולוגיה, הנדרשת במקרה של ניתוח, או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות. בנוסף תכסה החברה בדיקה פתולוגית נוספת במידת הצורך כחוות דעת שנייה ועד לתקרה של 1,000 ₪.

4.9.11 **תשלום במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת (בשיעור של 75% לפחות) במקרה של סיבוכי ניתוח בישראל :**

4.9.11.1 החברה תשלם למבוטח גמלה חודשית בסך של 2,500 ₪ במקרה של נכות תעסוקתית מוחלטת, הנגרם כתוצאה מסיבוכים עקב ביצוע ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו **ובתנאי שהמבוטח מעל גיל 21, ומתחת לגיל 67** בעת קרות מקרה הביטוח לראשונה.  
**הכיסוי מותנה בכך כי המבוטח היה בעל כושר עבודה מלא ועבד או עסק במקצועו או בעיסוקו בששת החודשים שקדמו לביצוע הניתוח.**

4.9.11.2 המבוטח יחשב עבודה כבעל נכות תעסוקתית מוחלטת לצורך קבלת תגמולי ביטוח על-פי סעיף זה, אם עקב הניתוח נשלל ממנו בשיעור של 75% לפחות הכושר להמשיך במקצועו, או בעיסוק שבו עסק עד אותו ניתוח, או בעיסוק אחר המתאים לניסיונו, להשכלתו והכשרתו, כפי ישקבע על ידי רופא תעסוקתי, וזאת **מקום בו הכושר כאמור נשלל מהמבוטח לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום**



**ביצוע הניתוח** (להלן: "**תקופת המתנה**").

**עקרת בית** תחשב במצב של נכות תעסוקתית מוחלטת כאמור לעיל, אם עקב ביצוע הניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, נשללה ממנו/ממנה באופן מלא האפשרות לבצע את עבודות הבית שביצע/ה לפני קרות מקרה הביטוח.

**הפסקת עבודה (כולל מצב של מובטל/ת)** אם למבוטח לא היה כל עיסוק ו/או מקצוע בעת קרות מקרה הביטוח, ישולמו תגמולי הביטוח לנכות תעסוקתית מוחלטת רק אם נשלל מהמבוטח הכושר לעסוק בכל עיסוק שהוא. למרות האמור לעיל, אם המבוטח הפסיק את עיסוקו עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח ולא היה ולא עסק בעיסוק כלשהו בעת קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה תגמולי ביטוח בהתאם לעיסוקו האחרון במועד הפסקת העבודה.

4.9.11.3 הגמלה החודשית תשולם החל מתום תקופת ההמתנה, **לתקופה מרבית של 12 חודשים.**

**בכל מקרה לא יעלה סכום הפיצוי החודשי לו זכאי המבוטח, על 75% משכרו החודשי הממוצע ב - 12 החודשים שקדמו לניתוח, להוציא במקרה של מובטל (לא כולל הפסקת עבודה עד 3 חודשים טרם קרות מקרה הביטוח).**

4.9.11.4 אם המבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה, חייב הוא ו/או בעל הפוליסה להודיע על כך מיד לחברה ותשלום התגמולים יופסק בהתאם.

4.9.11.5 במידה שהמבוטח חוזר להיות כשיר לעבודה ולא הודיע על כך לחברה כאמור לעיל - החברה תהא רשאית לבטל לו את הביטוח לפי פוליסה זו, ובנוסף לפעול לגביית הסכומים, אשר שולמו למבוטח בתקופת היותו כשיר לעבודה מאת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

4.9.11.6 במקרה של נכות תעסוקתית חוזרת בגין אותו מקרה ביטוח, המבוטח יהיה זכאי לתקופת תשלום נוספת להשלמת החודשים עד מיצוי של 12 חודשים למקרה ביטוח כאמור בסעיף 4.9.10.3 לעיל.

**פיצוי בגין מוות כתוצאה מניתוח בישראל :** 4.9.12

נפטר המבוטח, חס וחלילה, במהלך או תוך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח אלקטיבי המכוסה על-פי פוליסה זו (יום הניתוח ועוד 6 ימים) וכתוצאה ישירה מביצוע הניתוח ו/או סיבוכים כתוצאה מהניתוח, תשלם החברה ליורשיו החוקיים, בנוסף לתגמולי הביטוח, פיצוי חד פעמי 100,000 ₪ . לעניין סעיף זה תוגדר יממה כרצף של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח.

**4.9.13 פיצוי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS:**  
מבוטח אשר כתוצאה ישירה במהלך מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS), יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 185,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח והמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף האיידס בטרם תחילת הביטוח.

**4.9.14 פיצוי בגין הידבקות ב- הפטיטיס B:**  
מבוטח אשר כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח בגופו של המבוטח בישראל, המכוסה על-פי פוליסה זו, נדבק בנגיף הפטיטיס B, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 100,000 ₪ וזאת בתנאי שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודשים ממועד הניתוח, והמבוטח לא היה נשא נגיף הפטיטיס B בטרם תחילת הביטוח.

**4.9.15 הוצאות החלמה ושיקום:**  
בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או אירוע לב או ניתוח בעמוד השדרה או החלפת מפרק או ניתוח להסרת גידול ממאיר שבעקבותיו היה המבוטח מאושפז למעלה מ- 5 ימים, תשתתף החברה בהוצאות החלמה – עד 760 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על 8 ימי החלמה בבית החלמה מוכר בתנאי שהצורך בהחלמה נקבע ע"פ שיקולים רפואיים וע"י רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשהייה נעשתה עד 90 יום מתום האירוע כאמור לעיל.

הוצאות שיקום- כ"שיקום" ייחשבו הטיפולים המנויים כדלהלן: ריפוי בעיסוק, שיקום ניורולוגי, פיזיותרפיה, הידרותרפיה, התעמלות שיקומית, שיאצו, שיקום דיבור, מסג' טיפולי, טיפול ע"י LLLT. השיפוי כנגד קבלות ו/או חשבונות במקרה קבלת חלק מהחזר ע"י השב"ן. הוצאות השיקום יינתנו בתנאי שהצורך בשיקום נקבע על ידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי והשיקום יתבצע במהלך 90 ימים ממועד הניתוח ועד 12 טיפולים במקרה ביטוח ולא יותר מ-150 ₪ לטיפול. שיפוי עפ"י סעיף זה להוצאות החלמה ושיקום יחד לא יעלה על סך של 20,000 ₪.

**4.9.16 בדיקות:** מעבדה, בדיקות כימיות, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי, הדמיה והדמיה מגנטית – כחלק מהאשפוז בעת הניתוח ו/או כהכנה לביצוע ניתוח. במקרה שיעשו הבדיקות שלא במהלך האשפוז, ישפה המבטח את המבוטח, כנגד קבלות, בגין ביצוע הבדיקות, עד ל-90% מההוצאות בפועל שהוצאו בגין הבדיקות ולא יותר מ-3,000 ₪ למקרה ביטוח. מובהר כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי, כאמור לעיל, רק אם מטרת הבדיקות הינה לקבוע את הצורך בניתוח או אם הבדיקות בוצעו, לאחר שנקבע מועד לניתוח וכחלק ישיר מההכנה הישירה לביצועו.

**5. תקופת האכשרה - בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.**

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

## פרק 4- ניתוחים בחו"ל

### 1. הגדרות:

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

1.1 **"מקרה הביטוח"** – ביצוע ניתוח במבוטח, המכוסה על פי פוליסה זו ואשר בחר המבוטח לבצעו בחו"ל והכול במהלך תקופת הביטוח לראשונה.

1.2 **"תיאום הניתוח"** – התקשרות וסידורים אדמיניסטרטיביים עם נותני השירות הרפואי כגון: קביעת הסדר תשלומים, העברת מסמכים וכו', יעשו ישירות על ידי החברה בלבד.

1.3 **"בית חולים בחו"ל"** – מוסד רפואי בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא נמצא כבית חולים, אשר בו בחר המבוטח לעבור את הניתוח.

1.4 **"הטסה רפואית"** – הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע הניתוח או ממקום ביצוע הניתוח חזרה לישראל, בתנאי שרופא מטעם החברה קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההטסה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

### 2. תגמולי הביטוח:

החברה תשפה את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות בקרות מקרה הביטוח, בגבולות ובתנאים המפורטים להלן: על הניתוח והשירותים הרפואיים שמכוח פרק זה בפוליסה להלן יבוצעו במסגרת נותני שירותים שבהסכם עם החברה.

היה והניתוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסכם עם החברה- תקרת השיפוי המרבית תהיה 200% (או 300% במקרה של ניתוח מוח בחו"ל- ניתוח לסילוק גידול ממאיר או שפיר) מעלות ביצוע הניתוח הכוללת בישראל אצל נותן שירות שבהסכם עם החברה אך לא יותר מהסכום ששולם על ידי המבוטח בפועל.

אחריות המבטח על פי נספח זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל המתגורר בישראל כדרך קבע יצא מישראל למטרת ביצוע הניתוח בחו"ל וחזר לישראל לאחר מכן.

#### 2.1 **שכר מנתח/ מרדים:**

שכר מנתח ו/ או מרדים שנבחר על ידי המבוטח, בהסכמת בית החולים ובתיאום ואישור שניתן מראש על ידי החברה ישולם ישירות למנתח ולמרדים. בהעדר אישור החברה- ראו הוראות סעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

#### 2.2 **כיסוי להוצאות בית חולים בחו"ל:**

החברה תכסה את ההוצאות בגין חדר הניתוח, כולל הוצאות שתל המושלל בגופו של המבוטח במהלך הניתוח, אשפוז עד 30 יום, בדיקה פתולוגית וחוות דעת שנייה בגינה ובדיקות מעבדה והדמייה הקשורות בנייתו והמבוצעות במהלך האשפוז.

## 2.3 כיסוי להוצאות טיסה ושהייה:

במידה והמבוטח מזקק להטסה רפואית על מנת להגיע לחו"ל, או במקרה ותקופת האשפוז לצורך הניתוח בחו"ל תעלה על 10 ימים ברציפות או במקרה של ניתוח לב פתוח (לא כולל ניתוח מעקפים), או בנייתוח מוח, ישופה המבוטח גם בהוצאות שלהלן:

**הוצאות כרטיס טיסה לחו"ל** למבוטח ולמלווה אחד בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. **הוצאות שהייה** למבוטח ומלווה אחד עד לסכום מרבי בסך של 650 ₪ ליום למבוטח ו-750 ₪ למלווה ולתקופה מרבית של 30 יום. אם המבוטח שבוצע בו הניתוח בחו"ל הינו קטין, תכסה החברה במקרים האמורים בסעיף זה לעיל הוצאות טיסה הלוך וחזור במחלקת תיירים רגילה בטיסה סדירה באותו מועד ל-2 מלווים כיסוי מלא. סכום הביטוח המרבי לשהייה, על פי סעיף זה לקטין ול-2 מלווים לא יעלה על 1,500 ₪ ליום ולתקופה מרבית של 30 יום.

## 2.4 הטסה רפואית:

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, תכסה החברה את הוצאות ההטסה הרפואית עד סכום ביטוח מרבי של 60,000 ₪ להטסה אחת. הצורך בהטסה רפואית יקבע על-די רופא מטעם החברה על-פי מצבו הרפואי של המבוטח.

## 2.5 כיסוי להוצאות הטסת גופה:

החברה תכסה את הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר הניתוח אם נפטר חו"ל המבוטח בעת שהותו בחו"ל ובלבד שנפטר תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרורו מביה"ח בחו"ל שם בוצע הניתוח. סכום הביטוח המרבי לעניין סעיף זה ללא תקרה.

## 2.6 פיצוי חד פעמי בעת ניתוח גדול:

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

**יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים.**

## 2.7 שיפוי לאחר אשפוז ממושך:

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

טיפולים פיזיותרפיים – עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ריפוי בעיסוק - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

ייעוץ דיאטטי - עד 12 מפגשים, עד 150 ₪ למפגש, השתתפות עצמית של 20%.

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

**יובהר כי ניתוח גדול בסעיף זה הינו ניתוח שהאשפוז בגינו עולה על 10 ימים.**

3. **תביעות:**

בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח, יידע את החברה באופן מיידי על רצונו לבצע את הניתוח בחו"ל ועל בית החולים בחו"ל בו הוא מעוניין לעשות זאת. על המבוטח לקבל הפניית החברה לבית החולים בחו"ל, או למנתח מרדים, כולל קבלת אישור מראש ובכתב מאת החברה לביצוע הניתוח בחו"ל. **קבלת האישור, כאמור, הוא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה. בהעדר אישור כאמור - ר' הוראות בסעיף 13.2 לפרק התנאים הכלליים בפוליסה זו.**

4. **תקופת אכשרה:** בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.

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

## פרק 5- טיפולים מחליפי ניתוח

### 1. הגדרות:

בנוסף להגדרות כלליות הקבועות בתנאים הכלליים לפוליסה זו, יחולו על סעיף זה הגדרות נוספות שלהלן:

1.1 "מקרה ביטוח" –ביצוע טיפול מחליף ניתוח המכוסה במסגרת פוליסה זו, שנקבע על ידי רופא מומחה, שהתמחותו בתחום הספציפי בו נדרש הניתוח.

1.2 "טיפול חלופי" – טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח.

1.3 "סכום שיפוי מרבי" – גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה בגין הטיפול החלופי כאמור בסעיף זה.

1.4 "נותן הטיפול החלופי" – רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.

1.5 "נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי" – נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה אשר הסכימו לקבל שירות מהחברה שכר שהוסכם עמם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי סעיף זה.

### 2. התחייבות החברה:

2.1 אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם שירות נותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהלן, שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח וזאת עד עלות הניתוח לפי תעריפי המבטח אותו מחליף הטיפול החלופי בישראל או 200% מעלות הניתוח בישראל לפי תעריפי המבטח במקרה של ביצוע טיפול חלופי בחו"ל, ובכל מקרה סכום השיפוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 200,000 ₪ ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

2.2 **המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור החברה מראש כי יישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים בגין הטיפול. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פרק זה.** בהעדר אישור מוקדם של המבטח- ראה הוראות סעיף 13.2 לתנאים הכלליים של הפוליסה.

2.3 ההוצאות הרפואיות (להלן: "ההוצאות המוכרות") עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגין זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה הינן כדלקמן:

2.3.1 שכר נותן הטיפול החלופי.

- 2.3.2 הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.
- 2.3.3 הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.
- 2.3.4 הוצאות אשפוז בבית חולים.
- 2.4 הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
- 2.5 נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישיון מתאים.
- 2.6 ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.
- 2.7 ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה תשפה את המבוטח בגין הוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לתעריף הממוצע של נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי, כפי שיהיה נהוג אצל החברה באותה התקופה ועד תקרת השיפוי המרבי כאמור בסעיף 2.1 לעיל.

### **3. סייגים מיוחדים לפרק זה:**

- בנוסף לפרק הסייגים בחלק התנאים הכלליים של פוליסה זו יחולו התנאים ו/או ההגבלות המפורטים להלן על פרק זה:**
- 3.1 לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.
- 3.2 החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין למבטח כל אחריות בגינה.
- החברה לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
- כמו כן, לא תהיה החברה אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות שבהסכם או נותני שירות שאינם בהסכם.
4. **תקופת האכשרה** - בת 30 יום, במקרים הקשורים להריון לידה ופוריות תקופת האכשרה תהיה בת 6 חודשים.
- תשומת לב המבוטח מופנית לחלק הכללי על כל תנאיו וסייגיו ובאופן מיוחד לתנאי מיוחד – פטור מאחריות בגין מצב רפואי קודם.

## פרק 6- שירותים אמבולטוריים

.1

### הגדרות לפרק זה:

- 1.1 **"מקרה הביטוח"** – המבטח יפצה או ישפה את המבוטח/ת ו/או ישלם ישירות לנותן השירות עד לתקרת הסכום כמפורט להלן, אם היה המבוטח זקוק לאחד השירותים הרפואיים, אשר יפורטו להלן עקב בעיה רפואית פעילה, אשר יינתנו לו שלא בעת אשפוז בבית חולים, אלא כשירות אמבולטורי בישראל במהלך תקופת הביטוח.
- "בעיה רפואית פעילה"** – בעיה רפואית הדורשת תהליך אבחון (שאינו מעקב שהבעיה הרפואית איננה פעילה עוד ו/או אינו בדיקות שגרה) ו/או קבלת החלטות רפואיות לטיפול בבעיה הרפואית. היריון יכלול בהגדרה זו.
- 1.2 **"מועד קרות מקרה הביטוח"** – המועד בו ניתן השירות הרפואי למבוטח.
- 1.3 **"רופא מומחה"** - רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו התחום.
- 1.4 **"התייעצות"** – ביקור אצל רופא מומחה לצורך דיון בבעיה רפואית של מבוטח ודרכי טיפול אפשריות. למען הסר ספק, התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא ילדים המטפלים במבוטח באופן קבוע לא תכוסה במסגרת סעיף זה.
- 1.5 **"בדיקות רפואיות אבחנתיות"** – בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S) אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקות תהודה מגנטית (M.R.I) בדיקות טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו.
- 1.6 **"בדיקות היריון"**
- 1.6.1 סיקור לגילוי גנים נשאים למחלות גנטיות, כגון: גושה, סיסטיק פיברוזיס (CF), תסמונת ה - X השביר, קנוון - עד 1,500 ₪ .
- 1.6.2 בדיקת שקיפות עורפית - עד 1,000 ₪ .
- 1.6.3 סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר או מאוחרת (לפי בחירת המבוטחת) - עד 1,500 ₪ .
- 1.6.4 בדיקת מי שפיר או סיסי שליה (לפי בחירת המבוטחת) - עד 1,500 ₪ .
- 1.6.5 בדיקת אקו לב עובר - עד 1,000 ₪ .



המבטח ישתתף בעלות של 80% מבידיקות ההיריון, שתבצע המבוטחת, המפורטות בסעיף זה לעיל ועד התקרות שלהלן. סך ההחזר של המבטח בגין כל בדיקות ההיריון יחד יהא עד 4,000 סה"כ. ולהריון רב עוברי עד 5,000 ש. הכיסוי יינתן גם לאם פונדקאית. **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים. לא יכוסה יותר מהריון אחד לשנת ביטוח.**

2. בכל הבידיקות שלהלן תהא השתתפות עצמית בסך 20% אלא אם כתוב אחרת בסעיף ספציפי:

### 2.1 התייעצות עם רופא מומחה:

השתתפות המבטח בהתייעצות עם רופאים מומחים. יינתן החזר של עד 850 ש. להתייעצות.

כל מבוטח יהיה זכאי ל- 4 התייעצויות בשנת ביטוח. **הכיסוי לא כולל התייעצות עם רופא משפחה רופא ילדים ומעקב הריון.** למרות האמור לעיל תכוסה התייעצות עם רופא ילדים מומחה שאינו המטפל בדרך שגרה בילד אחת לכל מבוטח לשנת ביטוח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

### 2.2 בדיקות רפואיות אבחנתיות:

השתתפות המבטח בסכום של 4,000 ש. למבוטח לשנת ביטוח בגין: בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה (U.S. אולטרסאונד), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T) בדיקת טומוגרפיה (PET) וכל בדיקה אחרת, הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בו. ל- M.R.I בלבד תקרה נוספת של 5,000 ש. למבוטח לשנת ביטוח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.

### 2.3 טיפולי פיזיותרפיה:

המבטח ישלם ישירות לנותן השירות המבצע את הטיפול הפיזיותרפי לפי הוראת רופא שבהסכם, או ישפה את המבוטח כנגד קבלות מקוריות, עד 16 טיפולים לשנת ביטוח ועד 2,600 ש. לשנת ביטוח לכל הטיפולים, כפוף להשתתפות עצמית של 25%.

### 2.4 טיפולי פריון:

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בהוצאות טיפולי פריון עד 80% מההוצאות בפועל כנגד קבלות מקוריות ועד תקרה של 8,000 ש. לסדרת טיפולים בהמלצת רופא פריון. יכוסו עד שתי סדרות טיפולים למבוטחת בכל תקופת הביטוח. הכיסוי יינתן רק למבוטח בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי לא יינתן לבן/בת זוג אשר אינו מבוטח תחת פוליסה זו. **לסעיף זה תקופת אכשרה בת 6 חודשים.**

- 2.5 **טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים:**  
 החזר בגין טיפולים רדיותרפיים או כימותרפיים עד לסך של 10,000 ₪ לכל שנת ביטוח ועד 30,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
- 2.6 **הקפאת זרע/ביציות:**  
 מבוטח אשר יחלה בסרטן במהלך תקופת הביטוח יהיה זכאי, לפני ביצוע הטיפולים הכימותרפיים לבצע הקפאה לשמירת הזרע/ביציות לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מרבי לסעיף זה 12,000 ₪ עם השתתפות עצמית של 20%.
- 2.7 **בדיקות גנטיות לגילוי גנים סרטניים:**  
 מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים למחלות:  
 סרטן השד  
 סרטן המעי הגס  
 סרטן השחלות
- 2.8 **אשפוז כתוצאה ממחלה/תאונה:**  
 וזאת במידה ואחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) חלה במחלת הסרטן לאחר תום תקופת האכשרה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי לאבחון יהיה בשיעור 75% מסך ההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל בגין האבחון ועד 3,000 ₪.
- 2.9 **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:**  
 המבוטח ייפצה על ידי המבוטח בגין עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה ולא יותר מ- 3,500 ₪ לתקופת הביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד שהבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.
- 2.10 **שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב- AMBLYOPIA:**  
 המבוטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה וזאת עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח. המבוטח יישא ב- 20% השתתפות עצמית.
- 2.11 **בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים:**  
 מבוטח אשר נתגלה בגופו גידול ממאיר, יהיה זכאי לבדיקות מיוחדות לגידולים ממאירים באמצעות מעבדות "oncotest", עד 5,000 ₪ למקרה ביטוח. השתתפות עצמית 20%.
- 2.12 **אביזרים רפואיים:**  
 כיסוי לאביזרים רפואיים שלהלן – פאה לחולה אונקולוגי או סכרת, משאבת אינסולין וסד גסס קל עד 1,000 ₪ לפריט בכפוף ל- 20% השתתפות עצמית.

**2.13 שמירת מח עצם:**  
מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן במהלך תקופת הביטוח ואשר נלקח ממנו מח עצם להשתלה, יהיה זכאי לשמור את מח העצם לשלוש שנים החל מתום השנה השנייה ועד לסה"כ חמש שנים. סכום ביטוח מרבי לסעיף זה 2,000 ₪ עם השתתפות עצמית של 20%.

**2.14 שיקום הדיבור ו/או הראייה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי או טיפול ב-AMBLYOPIA:**

המבוטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראייה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראייה בעקבות אירוע מוחי או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראייה ושניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראייה וזאת עד 150 ₪ לטיפול ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח למבוטח. המבוטח יישא ב-20% השתתפות עצמית.

**2.15 טיפול בבעיות התפתחות הילד (ילידים בני 6-16):**  
מבוטח יהיה זכאי לכיסוי טיפולים כגון: פיסיותרפיה ו/או ריפוי בעיסוק לסוגיו השונים ו/או קלינאות תקשורת ו/או פסיכולוגיה, בעקבות בעיה מאובחנת בהתפתחות הילד ו/או לקויות למידה הנדרשים על פי קביעת הופא נויורולוג ילדים ו/או פסיכיאטר ילדים ו או הופא משפחה. מבוטח יהיה זכאי גם לכיסוי טיפול בהרטבת לילה. לטיפולים והאבחונים המכוסים בסעיף זה תהיה תקרת החזר בגובה 2000 ₪ לשנת ביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.

### **3. חריגים:**

**בנוסף לחריגים הכלליים של הסכם זה יחולו על פרק זה החריגים שהלן:**

**3.1 שירותים המוגדרים כמקרה ביטוח אשר טרם ניתנו למבוטח בפועל ו/או טיפולים אשר נותן השירות התחייב לתיתם כטיפולים עתידיים.**

**3.2 בדיקות תקופתיות, בדיקות שגרה, טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית, מעקב הריוני.**

**3.3 שירותים שלא בוצעו במהלך תקופת הביטוח.**

**3.4 שירותים שבוצעו בחו"ל.**

**4. תקופת אכשרה – בת 30 יום למעט לגבי סעיפים 1.6 ו- 2.4 (בדיקות היריון וטיפול פריון), אשר לגביהם תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.**

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

## פרק 7 - כתבי שירות

### כתבי שירות - תנאים כלליים:

"פוליסה בסיסית" - הפוליסה הקבוצתית אליה הצטרף/צורף המבוטח (כגון: פוליסה בריאות קבוצתית, פוליסת שיניים קבוצתית, פוליסת סיעוד (בלבד) קבוצתית, פוליסת בריאות ושיניים קבוצתית וכיו"ב).

### ביטול כתבי שירות:

בנוסף על הקבוע בכל אחד מכתבי השירות, יחולו תנאי הביטול המפורטים להלן:

#### א. ביטול על ידי המבוטח

כתב השירות יבוטל על פי בקשה בכתב אשר נמסרה למבטח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בביטול הפוליסה הבסיסית על ידי המבוטח ביחס לכיסוי הביטוחי שניתן לו מכוח פוליסה זו בהתאם לתנאי הפוליסה הבסיסית בכל הנוגע לביטולה.
2. מקום בו נגבתה מהמבוטח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית בגין כתב השירות - מקום בו ביקש המבוטח בכתב מהמבטח לבטל את כתב השירות.

הביטול יכנס לתוקף בתוך 3 ימים מקבלת מכתב הביטול של המבוטח במשרדי המבטח.

#### ב. ביטול על ידי המבטח

כתב השירות יבוטל על ידי המבטח באחד מהמקרים הבאים, לפי קרות המוקדם שמביניהם:

1. בהתאם לתנאי הביטול על ידי המבטח הקבועים בפוליסה הבסיסית.
2. מקום בו משולם על ידי המבוטח תשלום נפרד (דמי שירות/מנוי/פרמיה שאינו דמי השתתפות עצמית) מהפוליסה הבסיסית - יבוטל כתב השירות בכל מקרה של אי תשלום בגין כתב השירות לאחר שתי משלוח התראות למבוטח (במרווחים של לפחות 21 ו-15 יום) ומכתב ביטול למבוטח בגין החוב.
3. בהודעה מראש של 60 יום לפני הביטול לכלל המבוטחים מקבלי השירות תחת כתב השירות. הביטול על פי סעיף זה יהא במקרים כגון: הפסקת התקשרות המבטח עם ספק/נותני השירות או כל מניעה רגולטורית לאספקת השירות או חלק מהותי ממנו. מבוטחים אשר החלו בקבלת השירות נתון מכוח כתב השירות טרום ביטול כתב השירות לכלל המבוטחים תחת אותו כתב שירות שבוטל - יושלם אותו שירות נתון שהוחל בביצועו טרום הביטול, אלא באם קיימת מניעה רגולטורית להשלימו כאמור.

## כתב שירות ייעוץ תרופתי טלפוני

המבוטח יהיה זכאי לשירות המפורט להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן.

<b>1. הגדרות:</b>	
1.1	" <b>החברה</b> " הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.2	" <b>הפוליסה</b> " פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
1.3	" <b>מבוטח</b> " המבוטחים בפוליסה אשר שמם נקוב בדף הרשימה.
1.4	" <b>המנוי</b> " מבוטח הזכאי לקבלת השירותים נשוא כתב שירות זה.
1.5	" <b>נותן השירות</b> " נותן שירות, שהתקשר עם החברה למתן השירותים עפ"י כתב שירות זה כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
1.6	" <b>מידע רפואי</b> " כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או הרופא מטעמו.
1.7	" <b>רופא</b> " אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסכמים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסויים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג – 1973.
1.8	" <b>מוקד השירות</b> " מוקד טלפוני של החברה, אשר פרטיו יפורסמו מעת לעת על ידי החברה ובאמצעותו יופנה המבוטח למוקד נותן השירות.
1.9	" <b>רופא הסכם</b> " רופא אשר התקשר עם נותן השירות בהסכם למתן יעוץ למנויים.
<b>2. השירות:</b>	
2.1	המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ תרופתי באמצעות טלפון ע"י רופא הסכם מטעם נותן השירות, בנושאים המפורטים להלן:
2.1.1	מינונים.

2.1.2	תופעות לוואי של תרופות.
2.1.3	תגובות בין תרופתיות.
2.1.4	תגובות בין תרופות למחלות.
2.1.5	תרופות בהריון.
2.1.6	תרופות בהנקה.
2.1.7	הרעלות – מהן ההשלכות של לקיחת מינון יתר מתרופה מסוימת וכיצד יש להתנהג כדי למנוע נזק.

2.2 המנוי זכאי לייעוץ הטלפוני האמור בסעיף זה לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השירות ו/או לרופא הסכם מטעמו.

2.3 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

### 3. נוהל קבלת שירות:

3.1 ביקש מבוטח לקבל את השירות, יפנה טלפונית למוקד השירות יזדהה בשמו ויפרט את מספר תעודת הזהות שלו, כתובתו ומס' פוליסת הביטוח על פיה הוא מבוטח.

מוקד השירות פועל לקבלת קריאות של מנויים במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

3.2 מיד לאחר שנציג החברה במוקד החברה יוודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השירות יעביר נציג החברה את השיחה לרופא ההסכם צורך מתן השירות.

השירות ינתן ע"י רופא ההסכם עם פניית המנוי אליו. אולם, במידת הצורך, ייצור רופא ההסכם קשר טלפוני עם המנוי למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי תוך שעתיים (2 שעות) לכל היותר, ממועד פניית המנוי אליו לצורך מתן הייעוץ.

3.3 על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל המידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.

- 3.4 נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות, וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו תוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.
- 3.5 השירות יינתן בישראל בלבד.
- 3.6 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.
- 3.7 השירות לא יינתן במקרה בו לפי שיקול דעתו המקצועי של רופא ההסכם לא ניתן לתת יעוץ טלפוני. במקרה זה, יפנה רופא ההסכם את המנוי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי.
- מחויבותו של החברה ו/או נותן השרות ו/או רופא ההסכם כלפי המנוי בכל פנייה לפי ס"ק זה תסתיים עם העברת פרטיו של הרופא המומחה למנוי (שם, טלפון וכתובת המרפאה).

#### 4. אחריות:

- 4.1 החברה לא תהיה אחראית בכל אופן בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים נשוא כתב שירות זה.
- מבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:
- 4.1.1 אחריות מקצועית נשוא כתב שירות זה.
- 4.1.2 רשלנות רפואית או אחרת ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למבוטח ו/או למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות נשוא כתב שירות זה.
- 4.1.3 הוצאות שהוציא המנוי עובר ובקשר עם השירות.
- 4.1.4 תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיות וההשלכות העלולות לנבוע מהם. מחויבותה של החברה בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות.
- 4.2 יובהר כי בהעברת מידע רפואי על המבוטח לנותן השירות בכדי להוות קבלת המידע הרפואי בידי החברה ו/או להוות ידיעה של החברה או הודעה לפי חוק חוזה הביטוח תשמ"א 1981 על שינוי מהותי.

מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אין בהעברת מידע רפואי כאמור בכדי לגרוע מזכויות החברה עפ"י הפוליסה ועפ"י הדין ובין היתר לבטל את הפוליסה עקב הפרת חובת הגילוי של המבוטח.

## 5. תקופת תוקפו של כתב השירות:

- 5.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך שנה ויתחדש מאליו בתום שנת ביטוח לשנה נוספת, אלא אם הודיעה החברה למנוי על ביטולו.
- 5.2 התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה, ללא כל צורך בהודעה נוספת.
- 5.3 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, כתב שירות זה יהיה בתוקף אלא אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עפ"י כתב שירות זה עבור כל מבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 60 ימים.
- 5.3 כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של פוליסת הביטוח, ו/או אם המנוי לא שילם את הפרמיה הנוספת בגין הזכות לקבלת השירותים עפ"י כתב שירות זה.
- 5.4 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

## 6. החוק הנהוג:

בכל מחלוקת בין הצדדים, בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.



## כתב שירות מתן חוות דעת רפואית שנייה

### 1. הגדרות:

בכתב שרות זה למונחים הבאים תהיה המשמעות המובאת בצידם:

- 1.1 "החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "מנוי" מבוטח, בעל פוליסה תקפה במועד הבקשה לקבלת השירות עפ"י כתב שירות זה, אשר קיבל הודעה כי הינו מנוי עפ"י כתב שירות זה.
- 1.3 "נותן חוות הדעת" בית חולים או מוסד רפואי אמריקאי, הנכלל בין 20 בתי החולים המובילים בארה"ב, אשר הינו ספק חוות דעת נשוא כתב שירות זה ועימו התקשר נותן השירות.
- 1.4 "דמי שירות" דמי שירות אשר מצוינים בסעיף 4.
- 1.5 "חוות דעת ראשונה" חוות הדעת הרפואית הראשונה, אשר ניתנה למטופל ע"י רופאו האישי.
- 1.6 "המידע הרפואי" חוות הדעת הראשונה וכל מידע רפואי רלוונטי, כפי שידרש על ידי נותן חוות הדעת, לפי שיקול דעתו הבלעדי והמוחלט ולפי מיטב שיפוטו, לצורך מתן חוות הדעת השנייה (כגון, אך לא רק, צילומי רנטגן, ביופסיה, אקו-קרדיולוגיה וכיוצ"ב).
- 1.7 "התיק הרפואי" המידע הרפואי בצירוף הדו"ח הרפואי כשהוא מלא וחתום על ידי המנהל הרפואי של נותן השירות מתורגם לשפה האנגלית. מובהר בזאת כי התרגום לשפה האנגלית הינה באחריות נותן השירות.
- 1.8 "המטופל" המנוי, שניתן לו שירות חוות הדעת השנייה.
- 1.9 "הרופא האישי" רופא המשפחה המטפל במטופל בישראל ו/או רופא מומחה המטפל במטופל בישראל.
- 1.10 "רופא" אדם שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בארה"ב לעסוק ברפואה, שהינו חבר בצוות הרפואי של נותן חוות הדעת, ובעל התמחות בתחום הרפואי שבו נדרשת חוות הדעת השנייה.
- 1.11 "חוות דעת שניה" פענוח המידע הרפואי על ידי נותן חוות הדעת, לאחר שניתנה למטופל חוות דעת ראשונה על ידי הרופא האישי, אשר נתבקשה ע"י

המנהל הרפואי של נותן השירות ו/או הרופא הממונה, הכל בין אם מדובר בחוות דעת שנייה לממצא הדמייתי, ובין אם מדובר בחוות דעת שנייה לאבחנה קלינית, הכוללת הדמיה בתוכה. מובהר, כי חוות הדעת השנייה ביחס למטופל תינתן בארה"ב ותועבר למנהל הרפואי ו/או לרופא הממונה.

- מתן חוות דעת רפואית מקצועית שנייה ע"י נותן חוות הדעת בתחומי הקרדיולוגיה, פתולוגיה ותחומים רפואיים אחרים, תוך שימוש בטכנולוגיית אבחון מרחוק, על בסיס אמצעי תקשורת, אשר אינם מהווים יעוץ "פנים אל פנים" (למעט שיחת ועידה כמפורט בהמשך), או כל קשר ישיר בן המטופל לנותן חוות הדעת במקום מושבו.
- 1.12 "השירותים(ים)"
- 1.13 "נותן השירות"
- 1.14 "הפוליסה"
- 1.15 "ישראל"
- 1.16 "המנהל הרפואי של נותן השירות"
- 1.17 "הרופא הממונה"
- נותן שירות שהתקשר עם החברה כפי שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
- פוליסת ביטוח רפואי תקפה, שהופקה על ידי החברה, ואשר מקנה את הזכות לקבלת השירות נשוא כתב שירות זה.
- מדינת ישראל, לרבות חלקים שבשליטת ישראל ביהודה ושומרון.
- רופא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר יועסק על ידי נותן השירות כמנהל רפואי לעניין כתב שירות זה.
- רופא שהוסמך ואושר על ידי השלטונות בישראל ובעל רישיון מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואה, ואשר מונה על ידי נותן השירות באישור המנהל הרפואי.

## 2. השירות:

- 2.1 המטופל יהא זכאי לקבל באמצעות המנהל הרפואי של נותן השירות, או הרופא הממונה, לחוות דעת שנייה שתינתן למנהל הרפואי של נותן השירות על ידי רופא החבר בצוות הרפואי של נותן חוות הדעת, כהגדרתו לעיל, על בסיס התיק הרפואי של המטופל, אשר יועבר לנותן חוות הדעת באמצעות נותן השירות. חוות הדעת השנייה תינתן על ידי נותן חוות הדעת למנהל הרפואי של נותן השירות ותועבר על ידו למטופל.
- הזכאות הינה לקבלת חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, M.R.I, C.T, וכו'), הפתולוגיה והקרדיולוגיה ובתחומי התמחות רפואיים נוספים, לרבות שילוב של איזה מהתחומים הנ"ל עם רפואת ילדים, אלא אם נותן חוות הדעת יודיע לנותן השירות, כי הוא אינו מסוגל לתת את חוות הדעת המבוקשת ביחס לתחומי ההתמחות הרפואיים הנוספים.

השירות הניתן למטופלים תוך שימוש בטכנולוגיית אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת, אשר אינם מהווים יעוץ "פנים אל פנים", וכולל מספר שלבים:

- 2.1.1 סיוע באיתור הממצאים הנדרשים להכנת התיק הרפואי.
  - 2.1.2 תרגום התיק הרפואי לשפה האנגלית.
  - 2.1.3 שיגור התיק הרפואי באמצעות טכנולוגיה ייעודית (אשר אושרה על ידי ה-FDA) לנותן חוות הדעת בארה"ב.
  - 2.1.4 בקרה על תהליך העברת התיק לרופא/ים האמריקאים.
  - 2.1.5 קבלת חוות הדעת השנייה – הרדיולוגיה והקליניקל – העברת למטופל ו/או לרופאו האישי.
  - 2.1.6 בנוסף לקבלת חוות הדעה השנייה בכתב, לצורך קבלת הבהרות נוספות או חוות דעת שלישית, ייעוץ ב"זמן אמת" באמצעות שימוש במערכת שיחת ועידה רפואית בנייהולו של המנהלת הרפואי של נותן השירות.
- 2.2 במקרה ונותן חוות הדעת ימליץ, שהמטופל יקבל טיפול רפואי ו/או ניתוחי, כפי שידרש כפועל יוצא ממצבו הרפואי של המטופל, והכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן חוות הדעת, ובמידה והמטופל יעדיף, במסגרת זכאותו לשירות, כי המומחה האמריקאי יבהיר באמצעות שיחת ועידה לרופאו האישי את ממצאי חוות הדעה השנייה, המנהל הרפואי של נותן השירות יסייע בארגון ועידה רפואית זו.
- 2.3 נותן השירות יעמיד לרשות המטופל, במשרדי נותן השירות, מנהל רפואי דובר אנגלית לניהול הקשר עם נותן חוות הדעת בארה"ב. המטופל לא יהיה זכאי לקבל כל טיפול רפואי או כל חוות דעת רפואית נוספת מעבר לחוות דעת השנייה של נותן חוות הדעת, שתימסר למטופל ע"י המנהל הרפואי או הצוות שלו, וזאת בין באופן פרטי, או באמצעות מרכזי נותן השירות.
- 2.4 הזכות לקבלת השירות על פי כתב שירות זה הינה אישית, ואין המטופל רשאי להעבירה לאחר.

### 3. נוהל קבלת שירות:

- 3.1 נזקק המטופל לשירות נשוא כתב שירות זה, יתקשר המטופל טלפונית למוקד השירות של החברה (או כל מספר אחר עליו תודיע החברה) ויזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון של דירת מגוריו, ויציין כי הוא בגדר מנוי כהגדרתו לעיל. מיד לאחר שהחברה תודא, כי הפונה הינו אכן בגדר מטופל הזכאי לקבלת השירות, תועבר פנייתו למרכזי נותן השירות.

- 3.2 באחריות המטופל ליידע את מרכזי נותן השירות בדבר כל שינוי בכתובתו לרבות מספר טלפון שלו, במידה וחל שינוי כאמור לאחר שהועברה פנייתו לזכ״ן.
- 3.2.1 זמני קבלת פניות כאמור על ידי מוקד החברה הינם בימים א' - ה' בין השעות 08:00-20:00 ויום ו' בין השעות 08:00-13:00 לא כולל הגיגים.
- 3.2.2 זמני קבלת פניות על ידי מרכזי נותן השירות הינם בשעות העבודה של נותן השירות.
- 3.2.3 זמני קבלת פניות על ידי מרכזי נותן השירות הינם בשעות העבודה של נותן השירות.
- 3.2.4 לאחר שהועברה לנותן השירות פנייתו של המטופל, נותן השירות יודיע למטופל את פרטי המידע הרפואי שעליו להמציא או להכין לנותן השירות לקראת הפגישה, שתקבע לו עם המנהל הרפואי של נותן השירות להכנת התיק הרפואי, כמו כן יובהרו נהלים הדרושים לשם קבלת חוות הדעת השנייה.
- 3.3 לפני הפגישה האמורה, וכתנאי למתן השירות, יחתום המטופל על כתב שחרור למבטח בנוסח המצורף לכתב שירות זה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו. במקרה של מטופל קטין, תידרש חתימה של האפוטרופוס שלו.
- 3.4 לפני הפגישה האמורה, וכתנאי לקיומה, יציג המטופל תעודת זהות שלו. במקרה של מטופל קטין, תוצג תעודת זהות של הורה, בה הוא רשום.
- 3.5 נותן השירות יפעל על מנת שפגישת המטופל עם המנהל הרפואי ו/או הרופא הממונה תקבע, לא יאוחר מיום העבודה הבא של נותן השירות, הכל אלא אם ביקש המטופל, כי הפגישה תקבע למועד מאוחר יותר.
- 3.6 המטופל ימציא על חשבונו לנותן השירות, במרכזי נותן השירות, את המידע הרפואי שברשותו תיקו הרפואי לרבות הדו"ח הרפואי כשהוא ממולא בכתב יד קריא וחתום על ידי רופאו האישי של המטופל.
- 3.7 מבלי לפגוע בכלליות הגדרת המידע הרפואי, מובהר בזאת, כי המידע הרפואי יכלול בכל מקרה גם חוות דעת ראשונה שניתנה למטופל על ידי רופא מומחה רלוונטי שטיפל במטופל בישראל (להלן: "חוות דעת ראשונה").
- 3.8 מובהר, כי קיומה של חוות דעת ראשונה בתיק הרפואי של המטופל הינה תנאי הכרחי לשם הכנת התיק הרפואי והעברתו לנותן חוות הדעת. הכרעתו של המנהל הרפואי האם חוות הדעת הראשונה ניתנה על ידי רופא בתחום המומחיות הרלוונטי והאם הינה במידת פירוט מספקת, תחייב את המטופל, ובמידת הצורך ולפי שיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי של נותן השירות, ימציא המטופל חוות דעת ראשונה אחרת, או השלמה לחוות הדעת הראשונה. מובהר, כי אין בהכרעה האמורה של המנהל הרפואי של נותן השירות כדי לחייב את נותן חוות הדעת עצמו.

- 3.9 נותן השירות יתרגם לשפה האנגלית את התיק הרפואי וישלח את התיק הרפואי לנותן חוות הדעת בהדמנות האפשרית הראשונה, אך לא יאוחר משני ימי עבודה מלאים של נותן השירות, שלאחר מועד הפגישה עם המנהל הרפואי של נותן השירות, או שלאחר מועד המצאת התיק הרפואי כאמור לעיל על ידי המטופל, לפי המועד המאוחר מביניהם, באמצעי התקשורת או באמצעי מתאים אחר, הכל לפי העניין ולפי שיקול דעת נותן השירות.
- 3.10 חוות הדעת השנייה, בהתייחס למטופל, תועבר בשפה האנגלית מנותן חוות הדעת אל מרכזי נותן השירות באמצעות אמצעי התקשורת המתאימים, המהירים והזמינים ביותר לצורך העניין, הכל לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת וזאת תוך שני (2) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת (בכפוף לסעיף 3.13) ובלבד שמדובר בימי עבודה הן בישראל והן במקום מושבו של נותן חוות הדעת (להלן: "ימי עבודה"). האמור לעיל הינו בכפוף לכך, שנדרשת חוות דעת של רופא אחד בלבד בתחומי הרדיולוגיה, הפתולוגיה או הקרדיולוגיה.
- 3.11 באותם מקרים, בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, תידרש חוות דעת של שני רופאים בשני תחומים רפואיים, תועבר חוות הדעת השנייה למרכזי נותן השירות תוך ששה (6) ימי עבודה מלאים (כפוף לסעיף 3.15). באותם מקרים, בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, תידרש חוות דעת של שלושה רופאים בשלושה תחומים רפואיים או יותר, תועבר חוות הדעת השנייה למרכזי נותן השירות (כפוף לסעיף 3.13) תוך שמונה (8) ימי עבודה מלאים
- באותם מקרים, אשר בהם לפי שיקול דעתו של נותן חוות הדעת, חוות הדעת הינה מסובכת, או שנדרשת חוות דעת של TUMOR BOARD חוות הדעת השנייה תינתן תוך עשרה (10) ימי עבודה מלאים ממועד הגעת התיק הרפואי של המטופל לנותן חוות הדעת (כפוף לסעיף 3.13).
- 3.12 למען הסר ספק, מנין שניים (2), ארבעה (4), שמונה (8) ועשרה (10) ימי העבודה, האמורים לעיל, לפי העניין, יחל מהמועד בו התקבל התיק הרפואי של המטופל אצל נותן חוות הדעת (כפוף לסעיף 3.13).
- 3.13 המועמדים המצוינים בסעיפים דלעיל ושאר המועמדים לעניין חוות דעת שנייה ידחו במהלך התקופה שבין 21 דצמבר ל- 2 בינואר של כל שנה למשך הזמן שיידרש, בהתאם לזמינות של הצוות הרפואי המומחה במשרדי נותן חוות הדעת באותה תקופה.
- 3.14 המנהל הרפואי הממונה יודא, בתוך שני ימי עבודה של נותן השירות שלאחר קבלת חוות הדעת השנייה מנותן חוות הדעת, כי חוות הדעת עונה לבקשתו. במידה וכן, נותן השירות יודיע למטופל טלפונית ויעביר לידיו (או למי שהוסמך על ידו בכתב ונמסר לזכיון) את חוות הדעת השנייה באמצעות אמצעי התקשורת כפי שביקש המטופל (דואר, פקסימיליה, שרות שליחים, מונית וכו'), והמטופל יאשר את קבלת חוות הדעת השנייה.
- 3.15 מובהר, כי המטופל רשאי לקבל תעתיק כתוב של חוות הדעת הרפואית השנייה, מהמנהל הרפואי של נותן השירות ו/או הרופא הממונה.

- 3.16 המטופל יהא זכאי, לפי בקשתו, ובכפוף לאישורו של המנהל הרפואי, להזמין התייעצות נוספת בשיחת טלפון, או בשיחת ועידה וידאו (video conference) עם המומחה האמריקאי שטיפל בתיק הרפואי, על מנת לקבל הבהרות או פירוט אודות חוות הדעה שניה. יעוץ זה יבוצע במועדים כפי שימסרו למטופל על ידי נותן השירות, ובכפוף לתשלום דמי השרות בגין שרות זה, כאשר ב"זמן אמת" ינוהל על ידי המנהל הרפואי של נותן השירות והמטופל ורופאו האישי יהיו זכאים להשתתף (להלן ייעוץ שיחת ועידה).
- 3.17 בקשה לקבלת ייעוץ שיחת ועידה כאמור תופנה על ידי המטופל לא יאוחר מאשר 7 ימים מהמועד שנמסרה לו חוות הדעת השנייה. במידה ורופאו האישי של המטופל יפנה בבקשה לקבלת ייעוץ שיחה ועידה, לא יהיה המנהל הרפואי, לפי העניין, רשאי לסרב לבקשה כאמור.
- 3.18 מובהר, כי התיק הרפואי שיועבר לנותן חוות הדעת יישאר בידי נותן חוות הדעת וישמר על ידו בהתאם לדין החל במקום מושבו של נותן חוות הדעת, ולמשך תקופה כפי שמחייב הדין החל במקום מושבו. במרכזי נותן השירות ישמרו אך ורק העתקים של חוות הדעת השנייה.
- 3.19 עם מסירת חוות הדעת השנייה למטופל, אחריות נותן השירות למסירת חוות דעת שנייה הושלמה והגיעה לקיצה, אלא אם כן אושר למטופל שיחת יעוץ שיחת ועידה.

#### 4. דמי שירות ותשלומים נוספים:

- 4.1 בגין שירות חוות דעת שנייה ישלם המנוי דמי שירות כמפורט להלן:

מחיר למנוי כולל מע"מ	נשוא האבחון	תחום חוות הדעת השנייה
₪ 356	MAMOGRAPHY (בדיקת הדמיה מסוג ממוגרפיה)	
₪ 356	PLAIN FILM	רדילוגיה (תחום אחד)
₪ 356	M.R.I	
₪ 356	C.T	
₪ 356	ULTRASOUND	
₪ 596	HISTOLOGY CONSULT	פתולוגיה
₪ 596	ECHO CARDIOLOGY	קרדילוגיה
₪ 596		שני תחומים כולל יעוץ קליני אך ללא פתולוגיה
₪ 596		שני תחומים כאשר אחד מהם הוא פתולוגיה
₪ 796 ש"ח		כל שלושת התחומים כולל יעוץ קליני

- 4.2 בנוסף, ישא המטופל בעלות כל הוצאה נוספת, שהוצאה לפי בקשת המטופל ואשר אינה מכוסה על ידי כתב השרות, או כתוצאה מכל פעולה שננקטה על ידי המטופל, שלא על פי

- נוהלי השרות המפורטים בכתב השרות או כפי שהובהרו לו על ידי נותן השירות.
- 4.3 היה והמטופל יבקש כי חוות הדעת השנייה תועבר אליו ממרכזי נותן השירות לידיו (או למי שיוורה בכתב) באמצעות פקסימיליה או דואר, ייעשה המשלוח על חשבון נותן השירות. היה והמטופל יבקש אמצעי הובלה אחר (שירות שליחים, מונית וכו'), יבוצע המשלוח על חשבון המטופל.
- 4.4 מובהר בזאת, כי כל עוד לא ישולם סכום ההשתתפות העצמית, יהא נותן השירות פטור מהעברת התיק הרפואי לנותן חוות הדעת, וזאת ללא כל צורך במתן הודעה כלשהי למטופל.
- 4.5 במקרה שהמטופל יבקש לבטל את פנייתו לקבלת חוות הדעת השנייה, עליו להודיע על כך למרכזי נותן השירות.

## 5. כוח עליון:

- 5.1 היה ונותן חוות הדעת, או נותן השירות, לא יוכלו להעביר את חוות הדעת השנייה בפרקי הזמן המצוינים בסעיף 3 כתוצאה מאירוע של כוח עליון (לרבות, אך לא רק: מלחמה, אש, פרעות, כוחות טבע, רעידת אדמה, נפילת מערכות ו/או תשתיות תקשורת, שביתות וסכסוכי עבודה), או נסיבות אשר הינן מעבר לשליטתו הסבירה, אזי פרקי הזמן למתן חוות הדעת השנייה יידחו למשך תקופה הזוהה לתקופה בה לא הייתה אפשרות סבירה ליתן חוות הדעת השנייה (לרבות כל פרק זמן אשר יהיה דרוש להתגבר על השפעות האירועים או נסיבותיהם).
- לאף צד לא תהא זכות תביעה כתוצאה מקרות אירוע של כוח עליון.

## 6. אחריות:

- 6.1 האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או נותן חוות הדעת לא תחול על החברה.
- 6.2 נותן השירות מקבל על עצמו אחריות מלאה כלפי המטופל, עבור תרגום מדויק של התיק הרפואי ומשלוחו לנותן חוות הדעת באותו מצב בו נתקבל על ידו.
- 6.3 נותן השירות לא יהיה אחראי לתוכנה של חוות הדעת השנייה כפי שנמסרה למנהל הרפואי של נותן השירות על ידי נותן חוות הדעת, ואשר הועברה למטופל.
- 6.4 המטופל מסכים כי כל תביעה שתוגש על ידו כנגד נותן השירות תוגבל אך ורק לנושאים אשר נותן השירות קיבל עליו אחריות על פי כתב שרות זה.
- 6.5 נותן חוות הדעת יהא אחראי לתוכן חוות הדעת השנייה, ואין באמור בכתב שרות זה משום ויתור על תביעה של מטופל כנגד נותן חוות הדעת בכפוף לסעיף בוררות להלן. מובהר בזאת כי נציג נותן השירות יסייע למטופל בהליך פניה לבוררות במתן מידע והסבר.

## 7. תקופת תוקפו של כתב השירות:

- 7.1 התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה, על שם המנוי, אליה מצורף כתב שירות זה, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת. כתב שירות זה לא יהיה בתוקף אם יפוג תוקפה של הפוליסה.
- 7.2 בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, תוקפו של כתב שירות זה יסתיים אם הודיעה החברה על הפסקת השירות עבור כל מבוטחיה או קבוצות ממבוטחיה, בהודעה מוקדמת של 90 ימים.



## כתב שירות רופא עד הבית

1. **הגדרות לנספח זה:**
  - "החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
  - "הפוליסה" פוליסה תקפה לביטוח רפואי של החברה אליה מצורף כתב שירות זה, אשר הופקה ע"י החברה ואשר מקנה את הזכות למנוי לקבלת שירות זה.
  - "המנוי" המבוטחים בפוליסה ואשר שמם נקוב ברשימה אשר בידי החברה כזכאים לשירות עפ"י כתב שירות זה.
  - "נותן השירות" נותן שירות שיקבע ע"י החברה מעת לעת.
  - "מידע רפואי" כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות ו/או מטפל מטעמו.
  - "רופא" רופא שהוסמך ע"י השלטונות המוסמכים בישראל כמומחה בתחום רפואי מסוים ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג – 1973.
  - "מוקד השירות" מוקד טלפוני ארצי המופעל בקו טלפון עליו תודיע החברה.
2. **הזכאות לשירות:**
  - 2.1 מצב בריאותי לקוי ו/או מחלה של המבוטח.
  - 2.2 מועד קרות מקרה הביטוח הוא המועד בו פנה המבוטח ל - "מוקד השירות".

השירות יינתן בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, בכל רחבי הארץ, **למעט מזרח ירושלים וביהודה ושומרון**, למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב יום כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.

השירות יינתן בזמניות של עד שעתיים מרגע קבלת הדרישה לשירות במוקד השירות.
3. **התחייבות החברה והשתתפות עצמית:**
  - 3.1 בהתקיים מקרה הביטוח מתחייבת החברה לשלוח לבית המנוי רופא לצורך בדיקה ו/או טיפול חירום כאמור בנספח זה להלן. השירות יינתן בכל מקום בו ימצא המנוי הנזקק לשירות, למעט מזרח ירושלים, יהודה ושומרון.

מנוי הנמצא **באזור מזרח ירושלים וביהודה ושומרון** הנזקק לשרות, ועל פי הפרטים

והנתונים שימסור למוקד הרפואי, יומלץ לו על ידי המוקד הרפואי להגיע למרפאה והוא ייתן, הסכמתו לכך, יופנה לקבלת השרות הרפואי באחד ממרכזי השרות הרפואי, המופעלים על ידי נותן השירות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן. הכל לפי בחירת המבוטח ובכפוף לשעות הפעילות של המרכז הרפואי כאמור להלן.

לחלופין, מנוי המתגורר באזור מזרח ירושלים וביהודה ושומרון יוכל להזמין שירות, שלא באמצעות החברה, ולקבל שיפוי מנותן השירות עד סך של 250 ₪ וכנגד קבלות בגין קבלת השירות האמור, כל זאת מקום בו המנוי לא השתפה (קיבל שיפוי) בגין הוצאות אלו מגורם אחר.

3.2 התחייבות החברה הינה עבור השירותים הרפואיים בסעיף 3.3 להלן, שהקריאה בגינם תתקבל ב"מוקד קו הבריאות".

3.3 המנוי יהא זכאי לקבל שירות רפואי על ידי רופא כמפורט להלן:

3.3.1 מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי החולה (להלן: "החולה") או מבני משפחתו המבוטחים.

3.3.2 בדיקה גופנית של החולה, לרבות שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוכדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכל כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.3 קביעת אבחנה רפואית.

3.3.4 קבלת תרופות ראשוניות, הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.5 קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.6 הפניה להמשך טיפול לרופא המשפחה/ לרופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.

3.3.7 הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא, בכפוף לתקנון קופת החולים הרלוונטית.

3.3.8 מתן תעודה רפואית.

3.4 הזכאות לקבלת שירות רפואי על פי כתב שירות זה הינה אישית ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

3.5 בגין כל ביקור רופא עבור כל מנוי יהיה חייב המנוי לשלם דמי השתתפות בסך של 45 ₪

הצמודים למדד הבסיס.  
בנוסף, יהיה המנוי זכאי לקבלת שירות ביקור רופא במרפאות ומוקדי לילה של נותן השירות בעלות של 20 ש"ח בלבד.

#### 4. הגבלות לאחריות נותן השירות:

4.1 נותן השירות לא יהא אחראי על פי כתב שירות בגין:

4.1.1 תרופות למעט האמור בסעיף 3.3.4 לעיל.

4.1.2 הוצאות בגין המשך טיפול רפואי שהומלץ ע"י הרופא שביקר בבית המבוטח.

#### 5. הוראות כלליות:

5.1 על המנוי יהיה למסור לנותן השירות, לצורך קבלת השירות, את כל המידע בקשר למצבו הבריאותי, והוא מתחייב לעשות כן.

5.2 המנוי הצהיר כי ידוע לו, שלצורך קבלת השירות וכשהדבר ידרש, בהתאם לשיקול הדעת של המוקד הרפואי, יועבר המידע המצוי ברשומה הרפואית, כולו או חלקו, לצוות הרפואי הפועל מטעם המוקד הרפואי ו/או למד"א ולכל גורם רפואי אחר באמצעות קשר אלחוט, טלפון, פקסימיליה וכיו"ב אמצעים להעברת מידע, והמנוי מרשה למבטח ולמוקד הרפואי לפעול להעברת המידע כאמור בסעיף 5.1.

5.3 המנוי מאשר כי הפרטים הרפואיים שימסרו על ידיו ו/או יתקבלו בקשר אליו מכל רופא ו/או מוסד רפואי ו/או כל גוף אחר יכללו במאגר המידע הממוחשב אצל החברה ו/או בית החולים על מנת שישמש את עובדי ונציגי החברה ועובדי בית חולים, לצורך מתן שירות במסגרת המוקד הרפואי. למען הסר ספק, מובהר כי כללי הסודיות הרפואיים ישמרו במלואם ע"י כל המועסקים.

5.4 נותן השירות רשאי להפעיל במוקד הרפואי מערכת הקלטת שיחות טלפון נכנסות וכי כל שיחה טלפונית שתופנה ממנו למוקד הרפואי או מטעמו יכול שתוקלט לפי שיקול דעת נותן השירות.

5.5 למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין שירות ביקור רופא תשולם על ידי המנוי ישירות לרופא מטעם נותן השירות, ובשום אופן לא באמצעות החברה.

## 6. תקופת תוקפו של כתב השירות:

6.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות עפ"י הפוליסה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטלת או מסתיימת הפוליסה שהוצאה ע"י החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

6.2 על אף האמור לעיל, במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע ע"י מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השירות, יהיו תנאי כתב שירות זה, או כל חלק מהם שנותן השירות לא יהיה מסוגל לבצע, מושהים למשך תקופתה של ההפרעה כאמור. אם חלק שאינו משמעותי ממתקני נותן השירות יפגע יושהו רק אותם השירותים, שנפגעו למשך תקופת ההפרעה.

## 7. פטור מאחריות:

החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

7.1 תוכן השירות הטלפוני.

7.2 רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מי מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירות.

למען הסר ספק השירות ניתן בישראל בלבד.

## כתב שירות טיפולים פסיכולוגיים

1. **הגדרות:**
- 1.1 "החברה" הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2 "מנוי" יחיד המבוטח בביטוח הרפואי והזכאי לקבלת השירות על פי תנאי הפוליסה.
- 1.3 "נותן השירות" מתן מערך יעוץ ותמיכה פסיכולוגיים מיקום או כל נותן שירות אחר כפי שיקבע ע"י החברה.
- 1.4 "מטפל" פסיכולוג קליני או חינוכי, או עובד סוציאלי בוגר בית הספר לפסיכותרפיה בעל תעודת עיסוק כמטפל על פי דיני ישראל.
- 1.5 "מידע רפואי" כל מידע רפואי אודות המנוי שיהיה מצוי בידי נותן שירות, עובדיו ו/או מטפל מטעמו.
2. **הזכאות לשירות:**
- 2.1 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות טלפון ע"י מטפל מטעם נותן השירות, בנושאים הקשורים לפרט לזוגיות ולמשפחה, לילדים למתבגרים ומבוגרים ניתן לפנות בכל נושא, לדוגמא:
- 2.1.1 התמודדות עם מוות במשפחה.
- 2.1.2 התמודדות עם תאונות דרכים.
- 2.1.3 התמודדות עם ניתוחים גדולים.
- 2.1.4 התמודדות עם מחלה ממארת או מחלת לב.
- 2.1.5 התמודדות עם פציעה ו/או מגבלה פיזית ו/או נכות.
- 2.1.6 התמודדות עם פיטורים ממקום עבודה.
- 2.1.7 התמודדות עם גירושין בין בני הזוג.

- 2.1.8 התמודדות עם בעיות סמים.
- 2.1.9 התמודדות עם בעיות של ילדים בעלי לקויות למידה.
- 2.1.10 התמודדות עם הפרעות אכילה – אנורקסיה או בולמיה.
- 2.1.11 התמודדות עם מחלות הכרוכות באשפוז בבית חולים.
- 2.1.12 התמודדות עם מחלות כרוניות, מצבים סיעודיים.
- 2.2 המנוי זכאי לייעוץ הטלפוני האמור בסעיף 2.1 לעיל, ללא הגבלה במספר הפניות וללא תמורה מטעם המנוי לנותן השירות ו/ או מטפל מטעמו.
- 2.3 המנוי יהיה זכאי לקבל יעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות אישיות עם מטפל שבהסכם עם נותן השירות עד ל- 12 טיפולים בשנה בעלויות מופחתות כמפורט להלן
- i. 3 פגישות ראשונות – 130 ₪ לכל פגישה
- ii. 9 פגישות נוספות – 230 ₪ לכל פגישה
- 2.4 קבלת שירות הייעוץ הפסיכולוגי באמצעות פגישות מותנה בקבלת יעוץ טלפוני פסיכולוגי מקדים, כמפורט בסעיף 2.1 לעיל.
- 2.5 קביעת הפגישות והתאמת המטפל תעשה בהתאם לסוג הבעיה ולהתמחות המטפל הכל לפי שיקול דעתו המקצועי של נותן השירות. מובהר כי המטפל שנתן את הייעוץ הטלפוני למבוטח לא יבצע בהכרח את פגישות הייעוץ עם המבוטח.
- 2.6 הזכות לקבלת השרות עפ"י כתב שירות זה הינה אישית של המבוטח ואין המבוטח רשאי להעבירה לאחר.
- 2.7 פגישות הייעוץ יערכו בימי עבודה ובשעות העבודה המקובלות אצל המטפל בפועל.
- 2.8 פגישות הייעוץ תערכנה במשרדו של המטפל בפועל. השירות אינו כולל פגישות ייעוץ בבית המבוטח.
- 2.9 במקרה של אי תשלום דמי הטיפול ע"י המבוטח, לפי העניין, יהיה נותן השרות רשאי להפסיק ליתן את השירותים למבוטח לאחר שנתן למבוטח הודעה בכתב על כך

- 2.10 השירות על פי כתב שירות זה לא יינתן במקרה שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל בפועל טיפול יעיל בבעיה מצריך אשפוז, טיפול במעון יום, התערבות של מרפאה או טיפול משולב של מספר אנשי צוות.
- 2.11 למבוטח הזכות לבקש להחליף את המטפל בפועל ובמקרה זה נותן השירות יעשה כמיטב יכולתו על מנת להפנות את המבוטח למטפל אחר מתוך המערך של נותן השירות ובלבד שהחלפת המטפל בפועל לא תסתור את שיקול הדעת המקצועי של המטפל המקורי.
- 2.12 השירות לא יינתן במקום שלפי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של המטפל קיים רקע אורגני לסבלו של המבוטח או חדש לרקע אורגני המצריך עפ"י הוראות הדין בדיקה של רופא בסמוך לתחילת הטיפול, אלא אם נמסר למטפל אישור בכתב של הרופא הקובע את הטיפול הדרוש.
- 2.13 השירות על פי כתב שירות זה אינו כולל מתן חוות דעת מקצועית לצרכים משפטיים.

### 3. נוהל קבלת שירות:

- 3.1 נזקק המנוי לשירות נשוא כתב שירות זה, יתקשר טלפונית למוקד החברה בטלפון עליו תודיע החברה יזדהה בשמו, כתובתו ומספרי הטלפון בהם ניתן ליצור עימו קשר ויציין את עובדת היותו מנוי לשירות, ללא צורך בפירוט סיבת דרישתו לשירות. המוקד עומד לרשות המבוטח בכל ימות השנה - 24 שעות ביממה למעט יום כיפורים מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום ולמעט ערב ראש השנה וערב פסח מהשעה 16:00 בערב החג ועד שעתיים לאחר צאת החג.
- 3.2 מיד לאחר שנציג החברה במוקד החברה יודא כי הפונה הוא אכן מנוי הזכאי לקבלת השירות יובהרו למנוי יתר נהלי קבלת השירות כמפורט בסעיפים 3.3 - 3.6 להלן.
- 3.3 נציג החברה יעביר את דרישת המנוי לשירות לנותן השירות. מטפל מטעם נותן השירות ייצור קשר טלפוני עם המנוי תוך 4 שעות, לכל היותר, מרגע קבלת הדרישה מטעם המנוי, למספר הטלפון שנמסר על ידי המנוי.
- 3.4 במידה ובמספר הטלפון שנמסר לא יענה המנוי, תשמר סודיות מלאה באופן לפיה המטפל לא יציג את עצמו או את מטרת התקשרותו וישאיר הודעה הכוללת רק את שמו ומספר הטלפון בו ניתן להשיגו.
- 3.5 המשך יעוץ טלפוני ו/או יעוץ טלפוני נוסף ו/או תיאום פגישות אישיות עם מטפל יתבצעו בנוהל המפורט לדעיל.

3.6 למען הסר ספק, מובהר כי התמורה בגין פגישות אישיות עם מטפל מטעם נותן השירות כאמור בסעיף 2.3 תשולם על ידי המנוי ישירות למטפל ובשום דרך ואופן שלא באמצעות החברה.

3.7 לאחר תיאום הפגישה הראשונה במסגרת ייעוץ פסיכולוגי באמצעות פגישות, יתבצע המשך הייעוץ, תיאום פגישות, שינוי מועדים וביטולן ישירות בין המבוטח למטפל מטעם נותן השירות, ללא מעורבות מוקד החברה.

3.8 במקרה של תלונה מטעם המנוי בכל עניין הנוגע לכתב שירות זה, יעמוד לשרות המנוי נציג נותן השירות בטלפון אשר יפורסם ע"י החברה מעת לעת בשעות 08:30 עד 16:00. למען הסר ספק, יובהר כי טלפון זה נועד רק למקרי תלונות ולא לשימוש המנוי לתיאום פגישות והשארת הודעות אלא רק בדרך המצוינת בסעיף 3.1 לעיל.

3.9 מנוי שיפנה לנותן השרות באמצעות טלפון זה לשם קבלת שירות, לא ייענה.

#### 4. תקופת תוקפו של כתב השירות:

4.1 כתב שירות זה יהיה בתוקף במשך התקופה שבה יהיה המנוי זכאי לקבלת השירות על פי כתב השירות שהוצא לו על ידי החברה. התקיימו הנסיבות בהן מתבטל או מסתיים הביטוח היסודי ו/או כתב השירות, שהוצא על ידי החברה למנוי, יסתיים באותו מועד גם תוקפו של כתב שירות זה ללא כל צורך בהודעה נוספת.

4.2 על אף האמור לעיל, במקרה שפעילותו של נותן השירות או חלק משמעותי מפעילותו תפגע על ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, איתני טבע, רעידות אדמה, כח עליון, או כל גורם אחר, שאינו בשליטת נותן השרות, לא יחשב הדבר להפרה של התחייבותיהם של נותן השירות ו/או החברה עפ"י כתב שירות זה ולמטופל לא תהא כל זכות תביעה נגד מי מהן בקשר לכך.

#### 5. פטור מאחריות:

האחריות בגין מתן השירות או בגין אי נתינתו ו/או בגין רשלנות מקצועית או אחרת ו/או בגין כל נזק או הפסד שייגרם למנוי ו/או לכל אדם אחר בקשר עם השירותים הרפואיים יחול על נותן השירות בלבד והחברה לא תהיה אחראית בקשר לכך. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, החברה לא תהיה אחראית בכל אופן שהוא לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

5.1 תוכן השירות הטלפוני ושירות הפגישות האישיות וההשלכות העלולות לנבוע מהם.



5.2 רשלנות רפואית או אחרת של נותן השירות ו/או מטעמו ו/או כל נזק או הפסד שייגרם ו/או לכל אדם אחר בקש עם השרות מטעם נותן השירות.

5.3 מחויבותה של החברה כלפי המנוי בכל פנייה לקבלת שירות תסתיים עם העברת פרטיו האישיים לנותן השירות.

## 6. החוק הנהוג:

בכל מחלוקת בין הצדדים בקשר עם כתב שירות זה, יחול הדין הישראלי.

## כתב שירות לחיות בריא

### 1. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

- 1.1 "מנוי" – אדם ששמו הועבר ע"י החברה כזכאי לקבלת שירות ואשר שולמו בגינם דמי המנוי במלואם.
- 1.2 "הספק" - נותן שירות שהתקשר עם החברה למתן השירותים ע"פ כתב שירות זה כפי שייקבע על ידי החברה מעת לעת.
- 1.3 "מרפאות הסדר" - מרפאות עמן התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.4 "רופאי הסכם" - רופאים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.5 "מכוני הסדר" - מכונים עמם התקשר הספק בקשר עם מתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
- 1.6 "מטפל" - מטפל, הרשאי על פי דין ליתן את השירות הרלוונטי למבוטח, ואשר הספק התקשר עמו בהסכם בקשר למתן שירות למנוייה.
- 1.7 "דיאטן" - דיאטן קליני בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עמו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.8 "תזונאי" - תזונאי בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עמו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.9 "קלינאי תקשורת" - קלינאי תקשורת בעל הסמכה רשמית, אשר הספק התקשר עמו למתן השירות למנוייה.
- 1.10 "מאמן כושר גופני" - מאמן בעל הסמכה רשמית ממכון וינגייט או סמינר הקיבוצים, אשר הספק התקשר עמו בהסכם למתן השירות למנוייה.
- 1.11 "נותני השירות" – מרפאות הסדר, מכוני הסדר, רופאי הסכם, מטפל, דיאטן, תזונאי, קלינאי תקשורת ומאמן כושר גופני.

- 1.12 "מוקד השירות" - קו טלפון שיפעיל הספק עבור המנויים באמצעותו יווסתו פניות המנויים לנותני השירות לשם קבלת השירותים על פי כתב שירות זה. מספר הטלפון של מוקד השירות הוא: \*3455 או 03-7332222.
- על כל שינוי במספר הטלפון תימסר הודעה למנויים – בכתב או באמצעות מענה קולי במספר הטלפון הקודם של מוקד השירות שיודיע על מספר הטלפון החדש.
- 1.13 "המועד הקובע" - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
- 1.14 "השתתפות עצמית" - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים.

## 2. היקף השירותים:

### 2.1 ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה:

- 2.1.1 השירות כולל מתן ייעוץ דיאטטי ותזונה נכונה, תוך התאמת תפריט ותוכנית דיאטה אישית.
- 2.1.2 השירות ניתן ע"י דיאטן קליני או תזונאי, עפ"י בחירת המבוטח.
- 2.1.3 השירות כולל ייעוץ טלפוני ראשוני ע"י מבצע הטיפול, וסדרה בת 10 פגישות טיפוליות נוספות, לכל שנת ביטוח, משך כל פגישה כ- 45 דקות.
- 2.1.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.
- 2.1.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 95 ₪ בעבור מפגש ראשוני, ו- 75 ₪ בעבור כל אחת מ- 9 הפגישות הנוותרות.

### 2.2 הרזיה רפואית:

- 2.2.1 השירות כולל מתן ייעוץ 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).
- 2.2.2 השירות ניתן ע"י רופא מוסמך.

2.2.3 השירות כולל סדרה בת 12 פגישות טיפוליות, לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.

2.2.4 השירות ניתן בקליניקה של נותני השירות.

2.2.5 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 הנוותרות.

### 2.3 גמילה מעישון:

2.3.1 השירות כולל מתן טיפול לגמילה מעישון בשיטת הדיקור הסיני ובשילוב צמחי מרפא על-פי הצורך.

2.3.2 השירות ניתן ע"י מטפל מוסמך.

2.3.3 השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 45 דקות.

2.3.4 השירות יינתן בקליניקה של המטפל.

2.3.5 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 הנוותרות.

### 2.4 הפגת מתחים:

2.4.1 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.

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

השירות כולל סדרה בת 10 פגישות טיפוליות לכל שנת ביטוח. משך כל פגישה כ- 50 דקות.

2.4.3 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.4.4 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ למפגש בעבור 10 מפגשים, ו-150 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

2.4.5 השירות ניתן ע"י מטפלים מוסמכים.

## 2.5 מאמן אישי – טיפוח כושר גופני:

2.5.1 השירות כולל מתן שיעורי אימון כושר גופני ע"י מאמן אישי מוסמך תוך בניית תכנית אימונים אישית המותאמת למנוי, כולל חיטוב הגוף, חיזוק שרירים ושיפור סיבולת לב-ריאה.

2.5.2 השירות ניתן ע"י מאמן כושר מוסמך.

2.5.3 השירות כולל סדרה בת 10 אימונים עם מאמן כושר מוסמך לכל שנת ביטוח. משך כל אימון כ- 60 דקות.

2.5.4 השירות יינתן בבית המבוטח.

2.5.5 המנוי ישלם ישירות לנותן השירות, שביצע את השירות בפועל, דמי השתתפות עצמית בסך 100 ₪ למפגש בעבור 10 מפגשים, ו- 125 ₪ בעבור כל פגישה מעבר לתקרת המפגשים.

## 2.6 רשת מכוני כושר:

2.6.1 השירות כולל זכאות למנוי שנתי מוזל במכון כושר אשר התקשר בהסכם לעניין זה עם ספק השירות.

2.6.2 רשימת מכוני הכושר המלאה והמעודכנת נמצאת במוקד השירות. הרשימה תתעדכן מעת לעת ובעדכון בעל הפוליסה.

2.6.3 תינתן הנחה למנוי בגובה 25% ממחיר המחירון של נותן השירות ללקוח פרטי.

## 3. אופן קבלת השירותים:

3.1 מנוי לשירות על-פי כתב שירות זה, החפץ בשירות, יפנה טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו, שם החברה, וימסור כל מידע אחר שידרש לשם ייעול מתן השירות.

3.2 מוקד השירות יתאם את מתן השירות הרלוונטי בין המנוי לבין נותן השירות.

3.3 השירותים על-פי כתב שירות זה יינתנו בשעות הפעילות הרגילות של נותני השירות.

- 3.4 מוקד השירות יהא פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט החל מערב יום הכיפורים בשעה 14:00 ועד תום שעתיים לאחר שעת סיום צום יום כיפורים.
- 3.5 השירותים המפורטים בכתב שירות זה יינתנו כנגד הצגת תעודה מזהה לנותן השירות.
- 3.6 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.
- 3.7 על המנוי להגיע למקום קבלת השירות בכוחות עצמו ועל חשבנו.
- 3.8 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.
- 3.9 השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד.
- 3.10 בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות תחילה לספק.
- 3.11 תשלום השתתפות עצמית מהווה תנאי לקבלת השירות שלגביו נדרש תשלומה כאמור בפרק ב' לעיל. לא תשלום השתתפות עצמית כאמור – רשאי הספק שלא ליתן את השירות שלגביו נדרש תשלומה כאמור.

#### **4. אחריות:**

- 4.1 למבטח לא תהא כל אחריות בקשר עם התחייבויותיהם וחובותיהם של הספק, נותני השירות ורופאים, מרפאות ומכונים שהינם נותני השירות, כלפי המנויים, לרבות האחריות המקצועית של נותני השירות, תאום השירותים, ולרבות חובתו של הספק לשפות את המנויים בגין השירותים שקיבלו שלא באמצעות נותני השירות, והמנויים מוותרים על כל טענה, דרישה ותביעה נגד החברה בקשר עם התחייבויותיהם וחובותיהם של הספק, נותני השירות, ורופאים, מרפאות ומכונים שהינם נותני השירות.
- 4.2 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, מובהר כי המבטח אינו מעסיק של הספק ו/או של נותני השירות ו/או של רופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות, והיא לא תהא אחראית כלפי כל מאן דהוא, לרבות המנויים, בגין כל נזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בקשר לשירותים, לרבות בגין אי מתן שירותים, לרבות בגין מעשה או

- מחדל של הספק, נותני השירות ורופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות.
- 4.3 מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים.
- 4.3.1 איכות הבדיקות, ההתייעצויות והפרוצדורות הרפואיות נשוא כתב שירות זה.
- 4.3.2 כל נזק, הפסד, אבדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שיגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם הבדיקות, ההתייעצויות והפרוצדורות הרפואיות נשוא כתב השירות, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות ו/או של רופאים, מרפאות ומכונים שאינם נותני השירות.
- 4.3.3 הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

## 5. תוקפו של כתב השירות:

- 5.1 כתב שירות זה יהא בתוקף במשך תקופת תקפה של פוליסת הביטוח וכל עוד משולמים דמי המנוי.
- 5.2 בוטלה פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא או הסתיימה תקופת תקפה, יסתיים כתב שירות זה.
- 5.3 לא שולמו דמי מנוי במועדם ו/או במלואם, תהא המבטחת זכאית לבטל את כתב השירות, בהודעה מראש לבעל הפוליסה.
- 5.4 במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין המבטחת לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית המבטחת להפסיק מתן השירותים ע"פ, לאחר שהודיעה על כך בכתב לבעל הפוליסה. והסדירה שרות חלופי הנותן מענה דומה לכתב שרות זה.
- 5.5 בעל הפוליסה רשאי בכל עת לבטל את זכאותו של המנוי לשירותים על-פי כתב השירות בהודעה בכתב למבטחת, והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטחת או במועד הנקוב בהודעה, לפי המאוחר.
- 5.6 מובהר, כי במועד ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, לרבות במקרה שהמנוי פנה למוקד השירות לקבלת השירות לפני ביטולו או סיום תקפו של כתב השירות אך טרם קיבל את השירות הפועל, ולרבות במקרה שהמנוי התחיל בקבלת שירות נשוא כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימו.

**1. הגדרות לפרק זה:**

1.1 **"מבוטח"** – עובד/ת דלקול ו/או בן/בת זוגו ו/או ילדיהם שגילם עולה על גיל 18, ששמום נקוב ברשימת המבוטחים כמוגדר בפרק התנאים הכלליים לפוליסה זו ובתנאי שהפרמיה עבורם שולמה במלואה, כאמור בדף הרשימה.

1.2 **"מקרה הביטוח"** - אחד משני האירועים הבאים לפחות:

1.2.1 מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, אונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:

**לקום ולשכב:** יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.

**להתלבש ולהתפשט:** יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

**להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

**לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

**לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.

**ניידות:** יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באבזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

1.2.2 מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה ביכולתו לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

1.3

**"התגמול הסיעודי"** - סכום של 4,407 ₪.



1.4

**"תקופת התגמול הסיעודי" - 36 חודשים.**

1.5 **"תקופת המתנה" - תקופה של 90 ימים, המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח שבמהלכה היה המבוטח במצב סיעודי רצוף, שבה לא תשלם החברה תגמול סיעודי חודשי בגין מקרה ביטוח כקבוע בפרק זה. תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת 90 יום לאחר מכן ובמהלכה היה המבוטח במצב סיעודי באופן רצוף או אם אושפז המבוטח בבית חולים כללי עקב מקרה הביטוח ממועד השחרור.**

**2. חבות החברה:**

**2.1 גמלת הסיעוד:**

במקרה של אי יכולת ביצוע של לפחות 4 מתוך 6 הפעולות, תפצה החברה את המבוטח בגובה התגמול הסיעודי החודשי של 4,407 ש"ח, החל מתום תקופת ההמתנה ולכל היותר עד לתום תקופת התגמול הסיעודי ולא יותר מ- 36 חודש, המוקדם מביניהם. מבוטח אשר אינו יכול לבצע רק 3 מתוך 6 הפעולות יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 50% מסכום התגמול הסיעודי. החברה תפסיק לשלם למבוטח את התגמול הסיעודי מן המועד בו הפסיק להיות במצב סיעודי, במוטו (ח"ח), או בתום תקופת התגמול הסיעודי.

**2.2 שחרור מתשלום פרמיה:**

בעת תשלום גמלת הסיעוד ישוחרר המבוטח ובעל הפוליסה מתשלום הפרמיות בגין הביטוח הסיעודי.

**3. הגבלות לאחריות החברה:**

מבלי לפגוע בסייגים הכלליים והמיוחדים בפוליסה ובנוסף, החברה לא תהיה חייבת בתגמולי הביטוח הסיעודיים, כולם או מקצתם, על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

3.1 במקרה שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לסיבוכי הריון ו/או קשור לסיבוכי לידה.

3.2 במקרה שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לפעולות איבה כמשמען בחוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התשל"ל - 1970, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

3.3 במקרה שמקרה הביטוח נובע ו/או קשור לתאונת דרכים כמשמעה בחוק פיצוי נפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1975, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.

#### **4. הגבלת אחריות החברה מחוץ לגבולות מדינת ישראל:**

החברה לא תשלם תגמולי ביטוח בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

#### **5. התביעה:**

5.1 המבוטח חייב למסור לחברה הודעה בכתב על המחלה או התאונה שגרמו לדעתו לזכאות לתגמולי ביטוח סמוך ככל האפשר לקרות המקרה.

5.2 המבוטח חייב להמציא לחברה את כל המסמכים האחרים שהחברה תדרוש, והמיועדים לביורר חבותו על פי נספח זה. כן תהא החברה רשאית לנהל על חשבונה ובאופן סביר כל חקירה ולהעמיד את המבוטח לבדיקה ע"י רופא מטעמו. חובות אלו מוטלות על המבוטח הן לפני אישור התביעה והן במשך כל תקופת תשלום תגמולי הביטוח הסיעודי.

5.3 במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי הסיעוד, על המבוטח להודיע על כך מיידית לחברה.

#### **6. זכאות חוזרת:**

6.1 אם תוך 6 חודשים מתאריך הפסקת הזכאות לתגמולי סיעוד תחודש הזכאות על פי סעיף 2 לעיל יחודשו תגמולי הסיעוד ללא תקופת המתנה נוספת.

6.2 אם עברו למעלה מ- 6 חודשים מהפסקת תגמולי הסיעוד לעיל והמבוטח חזר למצב של זכאות, יחודשו תגמולי הסיעוד על פי סעיף 2 לעיל, לאחר תקופת ההמתנה

#### **7. תקופת אכשרה: 30 יום**

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

## דף רשימה

תקופת הביטוח: 1.8.2014-31.7.2017

מדד העסקה : מדד שפורסם ביום 15.7.2014 12378 נק'

פרמיות חודשיות בש"ח (פרמיות צמודות למדד) לפרקים 1-7:

מסלול שב"ן	מסלול שקל ראשון	
67.5	75	עובד -
67.5	75	בן זוג -
16	18	*ילד עד גיל 25 -
67.5	75	ילד מעל גיל 25 -

\*מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך חינם

הפרמיה החודשית לפרק 8  
(עבור הארכת הפרק הסיעודי עד 31.12.2014)

הפרמיה החודשית בש"ח	
15.3	עובד -
15.3	בן זוג -
0.8	*ילד מגיל 18 עד גיל 25 -
15.3	ילד מעל גיל 25 -

\*מילד שלישי (עד גיל 25) ואילך חינם