

ביטוח בריאות קבוצתי
לעובדי תה ויסוצקי
(ישראל)
ולבני משפחתם

ויסוצקי מייחסת חשיבות רבה לרווחת עובדיה ולשמירה על בריאותם. הפוליסה שבידיכם משרתת את עובדי החברה ובני המשפחות שנים רבות ומהווה רשת ביטחון משמעותית לאירועים רפואיים רבים החל מתרופות שאינן בסל, השתלות, טיפולים מיוחדים בחו"ל ועד שירותים רפואיים "יומיומיים" והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.

תכנית הביטוח מקיפה, אטרקטיבית, עומדת בחזית הביטוחים הרפואיים בארץ ומעניקה כיסוי ביטוחי לצרכים רפואיים חשובים ביותר, אשר בחלקם אינם מקבלים מענה מלא בחוק ביטוח בריאות ממלכתי או ב"ביטוח המשלים" של קופות החולים.

לשמחתנו, הרפואה מתקדמת בקצב מהיר ומאפשרת מענה מדויק יותר ויעיל יותר כגון: תרופות מיוחדות וטכנולוגיות חדשניות לטיפול בבעיות רפואיות. אך למרבה הצער, בשל שיקולי תקציב, לא תמיד ניתן לקבל את מגוון הפתרונות הרחב שהרפואה יכולה להציע דרך קופות החולים. **וכשזה מגיע לבריאות שלנו ושל היקרים לנו, באופן טבעי, נרצה לקבל את הטוב ביותר.** כך למעשה, נבנתה הפוליסה וחודשה לתקופה נוספת.

הפוליסה ניתנת לעובדים כחלק מסל הטבות הרווחה, כאשר עלות הביטוח לרובד הבסיס לעובדים משולמת ע"י החברה באופן מלא וללא השתתפות העובדים בפרמיה. הרובד השני - רובד ההרחבה הינו רובד וולונטרי וישולם באמצעי גביה אישי למי שיבחר להצטרף.

בנוסף, אפשרנו לבני המשפחה שלכם ליהנות מתנאי הפוליסה ועל כן, ניתן לצרף בני משפחה באופן וולונטרי באמצעי גביה אישי.

מאחלים בריאות טובה לכם ולבני משפחותיכם,
הנהלת ויסוצקי.

תוכן עניינים

3	גילוי נאות
24	פרק תנאים כלליים
44	פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
49	פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
54	פרק 3- ייעוצים עם רופא מומחה
56	פרק 4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
	פרק 5 - ניתוחים בישראל
61	מסלול א' - שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית
65	מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית
70	פרק 6 - שירותים רפואיים אמבולטוריים
85	דף רשימה

תמצית תנאי הביטוח – תה ויסוצקי (ישראל) בע"מ

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי תה ויסוצקי (ישראל) בע"מ ובני משפחותיהם.
שם בעל הפוליסה	תה ויסוצקי (ישראל) בע"מ . ח.פ. 511901464
סוג הביטוח	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות ייעוצים עם רופא מומחה ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל ניתוחים בישראל : מסלול א' - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית שירותים רפואיים אמבולטוריים
תקופת הביטוח	01.10.2025 ועד 30.09.2030 (5 שנים) . (סעיף 7.1)
תיאור הביטוח	רובד בסיס: פרק 1 - השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות פרק 3 - ייעוצים עם רופא מומחה רובד הרחבה: פרק 4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל פרק 5 - ניתוחים בישראל: מסלול א' - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית פרק 6 - שירותים רפואיים אמבולטוריים 5.1 בדיקות 5.2 טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה. 5.3 התפתחות הילד 5.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואיזורים רפואיים. 5.5 טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים

תמצית פרטי הפוליסה

כמפורט בס' 9 בפרק התנאים הכלליים, וכן בפרקי הפוליסה הרלוונטיים: השתלול (ס' 5), תרופות (ס' 5), ייעוץ עם רופא מומחה (ס' 6), ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ס' 5), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל שקל ראשון (ס' 5), ניתוחים בארץ וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית (ס' 6) שירותים רפואיים אמבולטוריים: בדיקות (ס' 6) טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה (ס' 4) התפתחות הילד (ס' 4), טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים (ס' 4) טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים (ס' 4)			הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
פרק השתלול (ר' סע' 3.7) פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל (ר' סע' 3.6).			גובה הפיצוי הכספי שאקבל
קיימות, כמפורט בתיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
קיימות, כמפורט תיאור הכיסויים בפוליסה להלן.			השתתפות עצמית
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים	שם הכיסוי	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
+		השתלול ו/או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל	
+		תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות	
	+	ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	
+		ניתוחים ומחליפי ניתוח מחוץ לישראל	
+		שירותים רפואיים אמבולטוריים	

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

תמצית פרטי הפוליסה

עלות הביטוח		
רובד בסיס:		
סוג המבוטח		פרמיה חודשית
עובד/בן זוג/ ילד בוגר מגיל 25		35 ₪
ילד/ה עד גיל 25*		15 ₪
רובד הרחבה:		
סוג המבוטח		פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים שקל ראשון
עובד/בן זוג/ ילד בוגר מגיל 25		119 ₪
ילד/ה עד גיל 25*		26 ₪
פרמיה חודשית- מסלול ניתוחים משלים שב"ן		
113 ₪		
24.5 ₪		

*ילד שלישי ואילך באותה משפחה – חינם.

במידה וקיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חינם (ילד עד גיל 25)- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה אשר הצטרפו ומשלמים עבור אותו מסלול (רובד בסיס ורובד הרחבה ייחשבו כל אחד כמסלול נפרד).

ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבוטח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25)עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

הפרמיה כנקוב בטבלה וצמודה למדד המחירים לצרכן 14654 נק' שפורסם ביום 15.09.2025 ולשינויי באישורו של הממונה על שוק ההון.

באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- **כנס למחשבון**

מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם.

תיאור הכיסויים בפוליסה

פרק 1 - השתלול וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
השתלות איברים שנקחו מגופו של אדם	ס' 3.1: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7.	-
	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם כמפורט בסעיף 1.1.1. אצל נותן שירות שאינו שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5 . שיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6 ופיצוי לפי ס' 3.7 ועד תקרה של 5,000,000 ₪.	-
השתלות איברים שנקחו מבעלי חיים	ס' 3.2: כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של איבר שלם או חלק מאיבר או הוספת איבר או חלק מאיבר, אשר נלקחו מבעל חיים כמפורט בסעיף 1.1.2.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 3,000,000 ₪	-
השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי	ס' 3.2: השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו. כמפורט בסעיף 1.1.3.	כמפורט לעיל ועד תקרה של 150,000 ₪	-
טיפול מיוחד מחוץ לישראל	ס' 3.3: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7	-
	ס' 3.4: ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם	כיסוי מלא להוצאות לפי ס' 3.5.2-3.5.7 ושיפוי מוגבל להוצאות לפי ס' 3.6.2-3.6.7 ועד	-

	1,000,000 ₪.	
--	--------------	--

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות קציר האיבר, שימורו והעברתו	ס' 3.5.1: ביצוע פעילות רפואית לקציר האיבר, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.	שיפוי מלא, ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות אשפוז מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות עבור אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד; ועד 365 יום לאחר ביצוע ההשתלה/ טיפול מיוחד.		-
הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח	ס' 3.5.3: הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה/ הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.		-
הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל	ס' 3.5.4: הוצאות כרטיס טיסה במחלקת תיירים למבוטח ולמלווה אחד, או לשני מלווים כשהמבוטח הוא קטין.		-
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.5.5: הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.		-
הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל	ס' 3.5.6: הטסת גופת המבוטח אם המבוטח נפטר חו"ל בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך השתלה/ טיפול מיוחד בחו"ל.		-
הוצאות עבור מיסים	ס' 3.5.7: הוצאות עבור מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.		-
הוצאות לאיתור תרומת מח עצם	ס' 3.6.1: הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם או הוצאות רפואיות בהפקת מח עצם/ תאי גזע מדם טבורי/ דם פריפרי הנדרשים להשתלה. ורישום במאגרים מחוץ לישראל.	עד לתקרה של 300,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שנ ניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
הוצאות הערכה רפואית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל (EVALUATION)	ס' 3.6.2: הוצאות הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לרבות טיסות הלך ושוב מחוץ לישראל למבוטח ומלווה אחד לצורך בדיקות.	עד לתקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות טיפולים רפואיים מחוץ לישראל	ס' 3.6.3: הוצאות עבור טיפולים רפואיים מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, לרבות טיפולי דיאליזה.	עד לתקרה של 250,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות הטסה רפואית	ס' 3.6.4: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא	עד 100,000 ₪. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות שהייה מחוץ לישראל	ס' 3.6.5: הוצאות שהייה ליום למבוטח ולמלווה או למבוטח קטין ושני מלווים בעת השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ומלווה אחד ועד - 1,500 ₪ ליום למבוטח קטין ושני מלווים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות טיפולי המשך	ס' 3.6.6: הוצאות לטיפול המשך הנובעים מביצוע השתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל בתוך 12 חודשים ממועד ההשתלה או הטיפול המיוחד.	עד 200,000 ₪ להשתלה או עד 150,000 ₪ לטיפול מיוחד מחוץ לישראל. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל	ס' 3.6.7: הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל.	עד תקרה של 200,000 ₪ ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
קצבה חודשית למועמד להשתלה (פיצוי)	ס' 3.7.1: גמלה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו. גמלה חודשית למועמד להשתלה אם שהה באשפוז בבית חולים	4,500 ₪ לחודש 2,000 ₪ לחודש עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים. ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה (פיצוי)	ס' 3.7.2: גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע ההשתלה למעט השתלת מח עצם עצמית.	5,500 ₪ לחודש. ועד 24 חודשים ובכפוף לסעיפים 3.1-3.4	-
השתלה שבוצעה מחוץ לישראל (פיצוי)	השתלה שבוצעה מחוץ לישראל, בלא השתתפות המבטח, למעט השתלת מח עצם עצמית.	פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.	-

פרק 2 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
תרופות	התרופות הנכללות בס' 2.1: 1. ס' 2.1.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לשימוש לפי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 2. ס' 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. 3. ס' 2.1.3 תרופה OFF LABEL. 4. ס' 2.1.4 תרופת יתום. 5. ס' 2.1.5 תרופה מיוחדת.	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ לתקופת הביטוח. ס' 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ לתקופת ביטוח, ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.	-	ס' 2.1.1 עד 2.1.4 למרשם 300 ₪ לחודש. ס' 2.1.5 - למרשם 500 ₪ לחודש. בכל המקרים, לתרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לא תחול השתתפות עצמית
שירות/טיפול נלווה למתן תרופה	ס' 3.1.3: שיפוי בגין עלות שירות ו/או טיפול רפואי הכרוך במתן תרופה.	עד 250 ₪ למקרה ביטוח. ועד 60 יום.	-	-
בדיקה גנטית להתאמת טיפול תרופתי למחלת הסרטן	ס' 2.2: ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח	עד 40,000 ₪ למקרה ביטוח.	-	20%

פרק 3 – ייעוץ עם רופא מומחה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה בישראל	ס' 3: הוצאות 2 התייעצויות למבוטח בגין ייעוץ פרונטלי או און ליין ובתנאי שמדובר ברופא מומחה מישראל בלבד לגבי מצבו הרפואי של המבוטח.	עד 1,000 ₪ לכל התייעצות בשנה קלנדרית. על אף האמור בסעיף זה, תאושר בשנה קלנדרית התייעצות אחת בלבד עם פסיכיאטר מתוך כמות ההתייעצויות המכוסה.	-	25%

פרק 4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
ניתוח מחוץ לישראל	ס' 3.1-3.2	תקרת השיפוי הכוללת לסעיף 3.1-3.3: באמצעות נותן שירותים שבהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם: כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.3	בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל.		
מנתח/מרדים	ס' 3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או מחליף הניתוח	כיסוי מלא בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3		
הוצאות בית חולים מחוץ לישראל	ס' 3.4.2 הוצאות רפואיות כולל הוצאות אשפוז עד 40 יום. שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות וכ"ו.			
עלות הטסת גופת המבוטח	ס' 3.4.3: עלות הטסת גופה אם נפטר המבוטח בעת שהות מחוץ לישראל לצורך ניתוח			
הוצאות טיסה לניתוח מורכב	ס' 3.4.4: טיסה במחלקת תיירים למבוטח ומלווה, במקרה של מבוטח קטין, למבוטח ולשני מלווים			
הוצאות נסיעה יבשתיות	ס' 3.4.5: נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו			
הוצאות מיסים והיטלים	ס' 3.4.6: הוצאות בשל מיסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ			

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה בישראל	ס' 3.5.1: הוצאות שתי התייעצויות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל.	עד 1,000 ₪ לכל התייעצות בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
התייעצות עם רופא מומחה מחוץ לישראל	ס' 3.5.2: הוצאות התייעצויות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל.	עד 4,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הטסה רפואית	ס' 3.5.3: הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי. הוצאות הטסה רפואית כאשר החברה תיאמה את ההטסה.	עד 100,000 ₪. ללא תקרה. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות הבאת מומחה מחוץ לארץ	ס' 3.5.4: הוצאות הבאת רופא מומחה לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מסיבות רפואיות.	עד 200,000 ₪ בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות עלות שתל	ס' 3.5.5: הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך הניתוח.	עד 60,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח משך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6: ס' 3.5.6.1- הוצאת שכירת שירותי אחות פרטית.	עד 650 ₪ ליום, עד 8 ימים. ובתוך 30 יום ממועד ביצוע הניתוח בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב (ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות)	ס' 3.5.6.2 - הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב.	עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד. ועד 1,500 ₪ ליום למבוטח ול- 2 מלווים לתקופה מרבית של 30 ימים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
	ס' 3.5.6.3 - הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומית ושיקום כושר הדיבור שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל. שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצע הניתוח.	עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	20%
	ס' 3.5.6.4 - הוצאות למוסד החלמה מוכר לאחר ניתוח מורכב, בתוך 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב, בהמלצת רופא מומחה.	עד 400 ₪ לכל יום ועד 10 ימים רצופים. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
	ס' 3.5.6.5 - הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח.	עד 100,000 ₪. בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2	-	-
פיצוי בעת פטירה כתוצאה מניתוח	ס' 3.6: פיצוי חד פעמי בסך 150,000 ₪ אם נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח.	-	-	-

**פרק 5 מסלול א' - ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם
וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון)**

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/ אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.1 : 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1,000 ₪)	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
שכר מנתח	ס' 3.2 : שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 3.3 : לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח; הוצאות האשפוז(כולל אשפוז טרום- ניתוח) והכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 3.4 : טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם; 2. נותן שירות אחר	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משוקקות פוליסה **אחידה** לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

פרק 5 מסלול ב' - ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ללא השתתפות עצמית)

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)
התייעצות עם רופא מומחה לפני/אחרי ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח	ס' 4.1: 3 התייעצות בכל שנת ביטוח אגב ניתוח/טיפול מחליף ניתוח עם רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.	נותן שירות אחר- עד סכום השיפוי המרבי (1,200 ₪)	
שכר מנתח	ס' 4.2: שכר מנתח לביצוע הניתוח שהנו נותן שירות שבהסכם בלבד.	עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח	90 יום למעט מקרים של הריון או לידה – 12 חודשים
הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית	ס' 4.3: לרבות: שכר רופא מרדים; הוצאות חדר ניתוח; ציוד מתכלה; שתלים; תרופות במהלך הניתוח והאשפוז; בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח. הוצאות האשפוז (כולל אשפוז טרום- ניתוח). הכל באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד.		
טיפול מחליף ניתוח	ס' 4.4: טיפול מחליף ניתוח על ידי רופא מומחה שהנו אחד מאלה: 1. נותן שירות שבהסכם. 2. נותן שירות אחר .	נותן שירות אחר - עד גובה סכום השיפוי המרבי כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של החברה.	

הערות: לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותה תכנית הביטוח. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתכנית הביטוח. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר נוסף מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי תכנית הביטוח למימוש כיסוי בגין מקרה ביטוח, על המבטוח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי " לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

תכנית זו כוללת הרחבה לברות ביטוח ומשמעה כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבטוח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

המבטח ימציא למבטוח, על פי דרישתו, וכן במקרה שבו פנה המבטוח למבטח לבירור זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים, את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתוכנית, בהתאם למתכונת שפורסמה באתר האינטרנט של המבטח וכן באתר המידע האישי או המוקד הטלפוני.

פרק 6 - שירותים אמבולטוריים

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.1 בדיקות				
בדיקות אבחנתיות ומניעה תקרה לכלל הבדיקות 8,000 ₪ בכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.1.1.8	ס' 4.1.1.1: בדיקות אולטרסאונד לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו (לב)	עד 500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.1.1.2: בדיקות רנטגן, (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית)	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.1.1.3: הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת, CT (למעט PET CT).	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.1.1.4: הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בדיקת MRT ובדיקת PET CT	עד 3,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.1.1.5: בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית: EEG, NCV, EMG, NCT, א.ק.ג.	עד 1,500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	ס' 4.1.1.6: בדיקות מעבדה אבחנתיות: בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST).	עד 500 ₪ לבדיקה.	-	20%
	4.1.1.7: ככל ותידרש עפ"י הפניית רופא מומחה בדיקה אבחנתית שאינה מופיעה בסעיפים 4.1.1.1-4.1.1.6 הנדרשת עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח.	עד 4,000 ₪ ובכפוף לגבול אחריות המבטח לסעיף 4.1.1.8.	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
שירותים בגין הריון ולאחר לידה - עד תקרה כוללת של 3,000 ₪ למעט עבור הליך הפריה חוץ גופית. ועד גבול אחריות בסעיף 4.2				
שירותים הניתנים בטרם הריון	ס' 4.2.1: בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון. לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון.	עד 1,000 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.2.2.1: סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר ס' 4.2.2.2: שקיפות עורפית ס' 4.2.2.3: בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי) ס' 4.2.2.4: בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי") ס' 4.2.2.5: בדיקת NIPT ס' 4.2.2.6: סיסטי שלייה	עד 1,500 ₪ עד 1,500 ₪ עד 1,500 ₪ עד 2,500 ₪ עד 2,500 ₪ עד 2,500 ₪	6 חודשים	20%
שירותים הניתנים במהלך הריון ס' 4.2.2	ס' 4.2.2.7: כל בדיקה שאינה מוזכרת בסעיפים 4.2.2.1-4.2.2.6	עד 2,500 ₪	6 חודשים	20%
	ס' 4.2.3.1: השתתפות בהוצאות טיפולי פריון (מילד שלישי ואילך). 1. שאיבת ביצית 2. הפריית הביציות במעבדה 3. החזרת העוברים לרחם יובהר כי לא יינתן החזר בגין נטילת תרופות שידרשו במסגרת ולצורך ההליך.	עד 14,000 ₪ לכל ילד ומקסימום עד שלושה ילדים בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
הליך הפריה חוץ גופית (IVF)	ס' 4.2.3.2: יינתן החזר ייעוץ עם רופא פריון עבור כל הריון ולא יותר מגובה תקרת הכיסוי בסעיף 4.2.3.1.	עד 1,000 ₪ עבור כל הריון ולא יותר מגובה תקרת הכיסוי בסעיף 4.2.3.1 בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
ייעוץ עם רופא פריון	ס' 4.2.3.3: שירותי פונדקאות (לרבות הוצאות הבדיקות הנדרשות לשירותי הפונדק	לא יותר מגובה תקרת הכיסוי בסעיף 4.2.3.1 בכל תקופת הביטוח.	6 חודשים	20%
הזרעה תוך רחמית (IUI)				

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.2 - טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה				
טיפול רדיותרפיה/ כימותרפיה	ס' 3.1: החזר בגין טיפולים אונקולוגיים מסוג רדיותרפיה ו/או כימותרפיה.	עד 60,000 ₪ לכל שנת ביטוח	-	-
קנאביס רפואי	ס' 3.2: כיסוי לקנאביס בכפוף לאישור הרשויות לפי התוויות המפרטות בפוליסה.	עד 1,000 ₪ למרשם ועד 6,000 ₪ לתקופת ביטוח.	90 יום	20%
טיפול ממוקד במחלת הסרטן	ס' 3.3: טיפול בגלי הלם/קול/רדיו ושדות מגנטיים לטיפול ממוקד בסרטן.	20,000 ₪ למקרה ביטוח.	90 יום	20%
בדיקת אונקוטייפ להתאמת טיפול כימותראפי במחלת הסרטן	ס' 3.4: החזר הוצאות למבוטח בגין ביצוע הבדיקה ובלבד שהמבוטח אובחן במחלת הסרטן במהלך תקופת הביטוח. הוצאות לבדיקה הינה פעם אחת לכל אבחנה של מחלת הסרטן.	6,000 ₪ לבדיקה.	-	20%
חוות דעת שנייה מחו"ל	ס' 3.5: חוות דעת שנייה מחו"ל, לאחר שהמבוטח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלה לראשונה בתקופת הביטוח. החזר ההוצאה עבור ביצוע חוות דעת שנייה יינתן פעם אחת בלבד עבור כל אבחנה.	7,000 ₪ לשנת ביטוח.	-	20%
חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקה פתולוגית	ס' 3.6: החזר בגין חו"ד שניה לפענוח של בדיקה פתולוגית.	4,000 ₪ לשנת ביטוח.	90 יום	20%
חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה	ס' 3.7: החזר בגין חו"ד שניה לפענוח של בדיקות הדמיה.	3,000 ₪ לשנת ביטוח.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.3- התפתחות הילד				
אבחון וטיפול בהתפתחות הילד	ס' 3.1.1: אבחון וטיפול באמצעות קלינאי תקשורת - האבחון וטיפול יבוצע על ידי קלינאי תקשורת מוסמך מטעם משרד הבריאות, אשר מתמחה בשמיעה, בשפה ובתקשורת, בדיבור ובבליעה וזאת לצורך טיפול מניעה, ייעוץ והדרכה בנושאים המפורטים הסעיף.	עד 180 ₪ לאבחון ועד 15 טיפולים בכ שנה קלנדרית, אך לא יותר מ 120 ₪ לטיפול.	-	20%
	ס' 3.1.2: טיפול באמצעות מרפא בעיסוק - הטיפול יבוצע על ידי מרפא בעיסוק מוסמך מטעם משרד הבריאות, ומטרתו להקנות למבוטח יכולות שיאפשרו לו לתפקד באופן עצמאי ככל ויש עיכוב התפתחותי, בהתאם לנורמות ההתפתחות תלויות הגיל וזאת בתחומים המפורטים בסעיף.	עד 2,400 ₪ לשנת ביטוח.	-	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.4- טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים				
אביזרים רפואיים	ס' 2.1: מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol , Nevrogar. Agrelief 10), מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול, לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונס, שתל קוכולארי, נעלים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.	עד 5,000 ₪ לכלל האביזרים לשנת ביטוח.	-	20%
משדר קרדילוגי	ס' 2.2: שיפוי המבוטח עבור הוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות מינוי למשדר קרדילוגי. השיפוי יינתן בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניית לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק למשדר על פי אישור רופא מומחה.	עד 180 ₪ לחודש ועד 24 חודשים למקרה ביטוח.	-	20%
הזרקת חומרי סיכוך למפרקים	ס' 2.3: הזרקת למפרקים שהם: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP או לעמוד שדרה.	עד 5,000 ₪ לתקופת ביטוח.	90 יום	20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
טיפול בגלי הלב, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים	ס' 2.4: מגנטיים לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם.	עד 3,000 ₪ למקרה ביטוח ולא יותר מעלות הטיפול, במקרה בו אינו מכוסה תחת מחליפי ניתוח	90 יום	20%
הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים	ס' 2.5: במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי.	עד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.	90 יום	20%
הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מגרנה	ס' 2.6: לרבות החומר המוזרק והאבזרים הנלווים (אם קיים) לסדרת טיפולים או טיפולים לטיפול בהזעת היתר או במיגרנה, או לכל הטיפולים לטיפול בבעיה הרפואית.	עד 4,000 ₪ לתקופת הביטוח.	90 יום	20%
שיפוי שב"ן	ס' 2.7: קיבל המבוטח טיפול רפואי במסגרת פרק זה במסגרת השב"ן ונדרש לשלם השתתפות עצמית, ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ויהיה חלק ממנין הטיפולים מכורח אותו סעיף.	-	-	-

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (שיפוי)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
5.5 טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה				
טיפול פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה	ס' 3: עד 16 טיפולים בשנה קלנדרית בכפוף להפניית רופא מומחה ומטפל מוסמך.	תקרה של 3,000 ₪ בשנה קלנדרית.	-	20%

- 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.
- המבוטח זכאי לקבל מאת הפניקס פירוט תגמולי הביטוח באמצעות המוקד הטלפוני 3455* או 03-7332222 או באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

ביטוח בריאות קבוצתי לעובדי תה ויסוצקי (ישראל) ובני משפחותיהם

פרק תנאים כלליים

1. מבוא:

1.1 תמורת תשלום פרמיה כמפורט בפוליסה, החברה תשפה ו/או תפצה את המבוטח ו/או המוטב, לפי העניין, ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות כמפורט בפוליסה, במהלך תקופת הביטוח, הכול בכפוף לתנאים, הגבולות, החריגים והסייגים המפורטים בפוליסה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים.

התנאים הכלליים יחולו על כל פרקי הפוליסה (למעט כתבי השירות).

1.2 פרשנות:

1.2.1 כותרות הסעיפים בתנאים כלליים אלה ובכל פרקי הפוליסה, הינן לצרכי נוחות הקריאה בלבד, ואינן משמשות לצורכי פרשנות הפוליסה. תוכן הסעיפים הוא הקובע.

1.2.2 האמור בלשון יחיד משמעו גם רבים והאמור בלשון זכר משמעו גם נקבה, אלא אם נקבע במפורש אחרת.

1.2.3 מובהר, כי במקרה של סתירה בין הוראות התנאים הכלליים של הפוליסה (פרק זה) לבין הוראות איזה מהפרקים בפוליסה, יחולו הוראות אותו פרק. במקרה של סתירה בין האמור בפרקים/תתי פרקים השונים בפוליסה, יחולו הוראות הפרק רלוונטי למקרה הביטוח.

2. הגדרות:

בפוליסה, בדף פרטי הביטוח ובכל פרק המצורף אליה, יתפרשו המונחים הבאים כלהלן, בכפוף לסעיף הפרשנות בתנאים אלה:

2.1 **פוליסה:** חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה ובין המבטח המפרט את זכויותיהם וחוביהם של המבטח והמבוטחים הכולל את המסמכים שלהלן: התנאים הכלליים לפוליסה, דף פרטי ביטוח והפרקים הבאים:

רובד בסיס הכולל את הפרקים הבאים:
פרק 1 - השתלוח וטיפול מיוחדים מחוץ לישראל
פרק 2 - תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
פרק 3 - ייעוצים עם רופא מומחה

רובד הרחבה הכולל את הפרקים הבאים:
פרק 4 - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
פרק 5 - ניתוחים בישראל:
מסלול א' - שקל ראשון ללא השתתפות עצמית.
מסלול ב' - משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית.

פרק 6 - שירותים רפואיים אמבולטוריים

- 5.1 בדיקות
- 5.2 טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון: ניתוח, אשפוז או מחלה קשה.
- 5.3 התפתחות הילד
- 5.4 טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים
- 5.5 טיפולי פיזיותרפיה אמבולטוריים
- 2.3 **המבטח/החברה:** הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
- 2.4 **בעל הפוליסה:** מי שהתקשר עם המבטח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבטחים והנו: מעביד – לגבי עובדיו ובני משפחותיהם
שם החברה: תה ויסוצקי (ישראל) בע"מ ח.פ. 511901464
- 2.5 **המבוטח:** עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם
- 2.6 **עובד:** מי שהנו מועסק אצל בעל הפוליסה תמורת שכר ומתקיימים ביניהם יחסי עובד ומעביד.
- 2.7 **מבוטח קיים:** עובד שנכלל בפוליסה הקודמת, ו/או בני משפחה שהיו מבטחים בפוליסה הקודמת לפני המועד 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.
- 2.8 **מבוטח חדש:** עובד/חבר חדש אצל בעל הפוליסה שלא היה מועסק אצל בעל הפוליסה, ו/או בני משפחתו ושלא נכלל בפוליסה הקודמת לפני המועד 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 במקרה בו עובד/חבר ביקש להצטרף לפוליסה בהתאם לתנאיה ובשל השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בשל טעות טכנית של בעל הפוליסה הוא לא צורף לפוליסה, החברה תסכים לצרפו לביטוח בכפוף להצגת טופס הצטרפות לביטוח ומסמכים רלוונטיים ליכוי דמי ביטוח משכרו של המבוטח, ככל שהניכוי מבוצע באמצעות שכרו.
- 2.9 **מבוטח חוזר:** מי שהיה מבוטח במועד הקובע אצל בעל הפוליסה מכח הפוליסה הקודמת או פוליסה זו, לפי העניין, והביטוח בגינו בוטל בהתאם לבקשתו או בוטל מחמת אי תשלום דמי ביטוח או מכל סיבה אחרת וכעת מבקש להצטרף לביטוח מחדש.
- 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 למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כ"ילד" לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**
- 2.11 **ילד בוגר:** ילד של עובד המבוטח או ילד של בן/בת זוג של המבוטח אשר מלאו לו 25 שנה, בתנאי ששמו נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה וצירופו לפוליסה זו נעשה בהתאם לתנאיה. **מכל מקום, עובד/ בן זוג, כהגדרתו בפוליסה זו, לא יוגדר כילד בוגר לעניין פוליסה זו ובפרט לעניין תשלום דמי הביטוח, גם אם טרם מלאו לו 25 שנה.**

- 2.12 **תינוק:** ילד שנולד/אומץ במהלך תקופת הביטוח להורים, יצורף לביטוח בכפוף להגשת טופס הצטרפות בכתב למבטח ולקיום יתר התנאים להצטרפות לביטוח על פי פוליסה זו. יובהר, כי ההצטרפות לביטוח תהיה ממועד קבלת טופס ההצטרפות.
- 2.13 **בן זוג:** בן/בת זוג של עובד מבטח שהינו אחד מאלה: רשום כנשוי לו/לה במרשם האוכלוסין בישראל, "ידועה/בציבור" בכפוף להוראות כל דין ובלבד שהוצגה אסמכתא לכך כגון: הסכם חיים משותפים, הסכם ממון, רישום בביטוח לאומי, תעודת זוגיות, תעודת חיים משותפים, תעודת חופה וזוגיות. אם אין אסמכתא כאמור, יש להציג תצהיר משותף של העובד המבטח והידועה/בציבור לפיו הם מצהירים על חייהם המשותפים, מאומת ע"י עורך דין.
- 2.14 **פוליסה קודמת:** הפוליסה שתוקפה פג עם כניסתה לתוקף של פוליסה זו, בין אם אצל החברה ובין אם אצל מבטח אחר.
- 2.15 **דף הרשימה:** מסמך המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה (הכולל, בין השאר, את תאריך תחילת פוליסת הביטוח הקבוצתי, מדד, שיעור הפרמיה וכיו"ב).
- 2.16 **דף פרטי הביטוח (כתב כיסוי):** מסמך המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה והכולל, בין השאר, את הפרטים הבאים:
מספר הפוליסה, שם בעל הפוליסה, שם המבטח/ים, תאריך תחילת הביטוח של המבוטחים ותקופתו, סכום דמי הביטוח, פירוט התכניות מספר הפוליסה וכיוצ"ב.
- 2.17 **תאריך/יום / מועד תחילת הביטוח:** לגבי מבוטחים קיימים – המועד הקובע. לגבי מבוטחים חדשים – מועד הצטרפות המבוטח לביטוח על-פי פוליסה זו בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח", ולמבוטחים חוזרים – מועד הצטרפות המבוטח מחדש לפוליסה זו, בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כ"תאריך תחילת הביטוח".
- 2.18 **המועד הקובע: 01.10.2025**
- 2.19 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח של המבוטח.
- 2.20 **שנה כלנדית:** תקופה של 12 חודשים רצופים המתחילה ביום ה 1 בינואר ומסתיימת ביום ה 31 בדצמבר לאותה השנה.
- 2.21 **תקופת אכשרה:** תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, לפי העניין, המתחילה לגבי כל מבוטח בפוליסה, במועד תחילת הביטוח המקורי של אותו מבוטח או במועד כניסת כל מרכיב כיסוי ביטוחי שיוצרך לפוליסה לאחר מכן, או במועד חידוש הפוליסה (לאחר ביטולה על ידי המבוטח) ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה כאמור. **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, הנקובה בכל אחד מפרקי או סעיפי הפוליסה הרלוונטיים, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה לפי תנאי הפוליסה, ואשר **במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח**, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.

- 2.23 **סכום ביטוח / תגמולי ביטוח**: הסכום שישלם המבטח על פי הפוליסה, בקרות מקרה הביטוח למבטוח. **סכומי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.**
- 2.24 **מדד**: מדד המחירים לצרכן (כולל ירקות ופירות), המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו.
- 2.25 **המדד היסודי/המדד הקובע**: המדד שפורסם ביום 15.09.2025. **14654 נק'.** (במועד תחילת ההסכם)
- 2.26 **פרמיה/דמי הביטוח**: התשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבטוח לשלם לחברה לפי תנאי הפוליסה. דמי הביטוח צמודים למדד הבסיס בפוליסה.
- 2.27 **דולר**: דולר ארה"ב לפי השער היציג אשר פורסם על-ידי בנק ישראל.
- 2.28 **גיל/גיל ביטוחי**: גיל המבטוח יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבטוח לבין המועד בו המבטוח הצטרף לפוליסה. במקרה בו קיים הפרש של שישה חודשים ומעלה יעוגל גיל המבטוח כלפי מעלה (להלן: "גיל ביטוחי"). חרף האמור לעיל, בשנה האחרונה של תקופת הביטוח בלבד, תקבע זכאותו של המבטוח על פי תנאי הפוליסה לפי גילו הכרונולוגי, מקום בו גילו הכרונולוגי קטן מהגיל הביטוחי.
- 2.29 **תאריך לידה**: תאריך לידתו של המבטוח ייקבע כמצוין בתעודת זהותו.
- 2.30 **חוק חוזה הביטוח**: חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 על תיקוניו ותוספותיו, או כל חוק אחר שיבוא במקומו.
- 2.31 **ההסדר התחקיתי**: חוק חוזה הביטוח, הוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009, חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, וכן התקנות, הצווים והוראות הממונה מכוח חוקים אלה, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבטוח, המוטב והמבטח.
- 2.32 **ישראל**: מדינת ישראל, לרבות החלקים אשר בשליטה מלאה של ישראל ביהודה ושומרון.
- 2.33 **חו"ל**: כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב או מדינות שאין לישראל יחסים דיפלומטיים עימן.
- 2.34 **כל תאריך בפוליסה נקבע על פי הלוח הגריגוריאני.**
- 2.35 **השתתפות עצמית**: חלקו של המבטוח בהוצאה בגין מקרה ביטוח על פי תנאי הפוליסה. יובהר, תגמולי הביטוח שישלם המבטוח למבטוח הינם בעבור הוצאות שישלם המבטוח בפועל, שמעבר להשתתפות העצמית הקבועה בפוליסה. **סכום ההשתתפות העצמית צמוד למדד היסודי בפוליסה.**
- 2.36 **הממונה**: הממונה על רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
- 2.37 **תאונה**: חבלה גופנית שנגרמה עקב הפעלת כוח פיזי בלבד, כתוצאה מאירוע פתאומי חד פעמי אלים ובלתי צפוי מראש, הנגרם במישרין על ידי גורם חיצוני וגלוי לעין, המהווה ללא תלות בכל סיבה אחרת, את הסיבה היחידה הישירה והמידית לקרות מקרה

הביטוח. למען הסר ספק, אלימות מילולית ו/או לחץ נפשי ו/או הצטברות של פגיעות זעירות חוזרות לאורך תקופה הגורמים לנכות (מיקרו-טראומה) לא יחשבו כ"תאונה".

- 2.38 **בית חולים:** מוסד רפואי בעל רישיון תקף מהרשויות המוסמכות כבית חולים, המורשה לבצע את השירות הרפואי המכוסה תחת הפוליסה.
- 2.39 **בית חולים פרטי:** אחד מאלה:
1. בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013;
 2. בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו בית חולים לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 2.40 **מוסד/בית החלמה:** מוסד בישראל המיועד לאחר ביצוע ניתוח מורכב בחו"ל, לזקוקים להחלמה ובתנאי שקיימת בו השגחה רפואית לשהים בו.
- 2.41 **אשפוז:** שהייה בבית חולים, למעט שהייה לצורך שיקום בבית חולים פרטי, במוסד סיעודי, בית הבראה, בית החלמה או מוסד דומה. הוצאות האשפוז יחושבו על פי תעריף האשפוז בחדר בן שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים שבהסכם עם המבטח. הוצאות בגין האשפוז לא יכללו שירותים נוספים שקיבל המבטח בתשלום במהלך האשפוז, לרבות אחות פרטית, שדרוג חדר אשפוז וכיו"ב.
- 2.42 **בדיקות הדמיה:** בדיקות אבחון להראיית איברים פנימיים של גוף האדם כגון רנטגן, אולטרה סאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, מיפוי איזוטופים ובדיקות תהודה מגנטית.
- 2.43 **יום אשפוז:** אשפוז למשך יממה (24 שעות) ברציפות.
- 2.44 **המוטב:** יורשיו החוקיים של המבטח או מי שקבע המבטח כזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות.
- 2.45 **רופא:** מי שרשאי לעסוק בישראל ברפואה בהתאם להוראות כל דין והרשויות המוסמכות, למעט רופא וטרינר ורופא שיניים
- 2.46 **רופא מומחה:** רופא שהוסמך על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או מחוץ לישראל כמומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הנדרש, אשר הסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.47 **רופא מנתח/מנתח:** רופא שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או מחוץ לישראל לביצוע הניתוח, שהסמכתו תקפה במדינה בה הוא פועל.
- 2.48 **נותן שירות שבהסכם:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר הקשור או שיתקשר עם המבטח בהסכם לטובת מתן שירות למבוטחים, ובלבד שהיה קשור עם המבטח בהסכם במועד אספקת השירות המכוסה על פי תנאי הפוליסה.
- 2.49 **נותן שירות אחר:** רופא, בית חולים, בית מרקחת וכל גורם אחר אשר איננו נותן שירות שבהסכם כהגדרתו לעיל.

- 2.50 **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 2.51 **זריקה/ הזלפה/ עירוי (מתן תור ורידי):** טיפול רפואי פולשני-חדירני (Invasive Procedure) החודר דרך רקמות ומטרתו עיקרו ומהותו מתן טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה. **טיפול תרופתי העונה להגדרה זו לא ייחשב כניתוח.**
- 2.52 **שירות רפואי:** שירות שעיקרו ומהותו סיוע בנטילת התרופה בפועל ואשר ניתן על ידי רופא/ אח/אחות.
- 2.53 **מטרות אסתטיקה /קוסמטיקה:** טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה שאינו עקב צורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או קוסמטיקה, לרבות העלמת קמטים (ובכלל זה טיפולי בוטוקס ו/או חומצה היאלרונית או דומיהם) ו/או הסרת שיער ו/או השתלת שיער ו/או פילינג ו/או אנטי אייג'ינג (ANTI AGEING) ו/או ניתוחי GASTROPLASTY (בריאתרי) ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ובלבד שלמבוטח יחס BMI הנמוך מ-36 וכן טיפול או ניתוח או טיפול תרופתי או השתלה למטרת תיקון קוצר ו/או רוחק ראייה.
- 2.54 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לתכנית ביטוח הנכללת בפוליסה.
- 2.55 **מקרה הביטוח:** נסיבות שבהתקיימותן זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, כמפורט בפוליסה ובכפוף לתנאים לחריגים ולסייגים המפורטים בה.
- 2.56 **שתל:** כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הפוליסה (כגון: עדשה, פרק ירך, תומך ווסקולארי, קוצב לב וכו'), למעט תותבת שיניים ושתל דנטאלי.
- 2.57 **אביר רפואי:** מכשיר אשר נזקק לו המבוטח בעקבות מקרה הביטוח, על פי הפניה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, ואשר נכלל בפנקס אמ"ר (אביריים, מכשירים רפואיים) המפורסם על ידי משרד הבריאות.
- 2.58 **השתלה:** השתלת איבר או חלק מאיבר העונה על אחת החלופות הבאות:
1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקחו מגופו של אדם אחר במקומם או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי; במקרה שבו יושתל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.
 2. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנלקח מבעל חיים, במקומם.
- השתלת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או מדם פריפרי, שמקורם במבוטח עצמו.

- 2.59 **טיפול מיוחד בחו"ל:**
טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו שניים מהתנאים הבאים לפחות:
1. שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.
2. הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או תגרום לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.
3. זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.
4. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.
- 2.60 **יטמינים:** תרכובת כימית אורגנית שאיננה אב מזון (חלבון, פחמימה, שומן) אשר כמויות קטנות שלה דרושות לכל אורגניזם לשם גדילה תקינה ולשם קיום ואשר קיבלה את אישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות כתכשיר מזון רפואי.
- 2.61 **תוספי/תכשירי מזון רפואי:** תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים - כהגדרתו בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981.
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**
מבוטחים קיימים יועברו מהפוליסה הקודמת אצל המבוטח לפוליסה החדשה ללא חיתום רפואי מחדש וללא ספירה מחדש של תקופות אפשרה (רצף ביטוחי) וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד. **מבוטחים שהתקבלו לפוליסה הקודמת עם חריגים רפואיים אישיים יועברו באותם תנאים והחריגים כאמור, יחולו גם בתקופת הביטוח של הפוליסה החדשה**, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות לפוליסה החדשה וזאת לגבי הכיסויים החופפים בלבד.
- 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 הסכימה 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;

כאשר מבוטח נדרש לפי תנאי הפוליסה לשלם את אחד הרכיבים הבאים:

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

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;

לא יהיה ניתן לצרפו לאותו ביטוח, אלא אם מילא טופס הצטרפות בכתב המהווה את הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל פרק בנפרד/ דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה (בהתאם לתנאי הפוליסה).

במקרה בו המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים – המבטח יהיה רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו במסגרת טופס הצטרפות.

סעיף 4.3 (הדרישה לקבלת טופס הצטרפות) לא יחול על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה במצטבר :

(1) הפוליסה הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים 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.

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

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

מבוטחים חוזרים:

מבוטח חוזר אשר ביטל את הפוליסה באופן זמני 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.

תנאי הצטרפות:

הצטרפות עובד ובני משפחתו:

עובדים חדשים:

רובד הבסיסי- צירוף אוטומטי לעובד ולבני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם עד גיל 25) וזאת ע"פ דיווח המעסיק ובמימונו המלא כולל גילום מס.

רובד הרחבה- עובד חדש ובני משפחתו יוכלו להצטרף לרובד ההרחבה החל ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בחיתום רפואי ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופות האכשרה, וזאת אם יצטרפו לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים לאחר מועד תחילת עבודתו.

לאחר 90 ימים ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה, תותנה הצטרפותם לביטוח, במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתם לביטוח.

הצטרפות עובדים קיימים ובני משפחתם בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה של אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח או דחייה מקבלת אחד או יותר מבני המשפחה לביטוח.

4.6

תינוק שנולד במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

תינוק שיוולד למבוטחים קיימים, לפי הגדרת "מבוטח קיים" לעיל, הצטרפותו לביטוח תהא ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בהליך חיתום רפואי ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם יצטרף במהלך 90 הימים הראשונים ממועד הלידה, באמצעות טופס הצטרפות ייעודי לצירוף תינוק. לאחר 90 יום ממועד הלידה תותנה הצטרפותו לרובד ההרחבה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח.

מובהר כי צירוף תינוק לפוליסה כאמור בסעיף זה, יהא כפוף להוראות בדבר מצב רפואי קודם לפי תקנות הפיקוח עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לפי מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

4.7

בן/בת זוג שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה:

בן זוג חדש של עובד מבוטח שנישא/שהפך ידוע בציבור במהלך תקופת הפוליסה החדשה יוכל להצטרף לפוליסת הבריאות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא צורך בהליך חיתום רפואי ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם ולתקופת האכשרה, וזאת אם יצטרף לביטוח במהלך 90 הימים הראשונים ממועד הנישואין או מהמועד שיפורט באסמכתא הרלוונטית לפי העניין כמפורט בהגדרה של "בן/בת זוג" לעיל. לאחר 90 יום כאמור תותנה הצטרפותו לרובד ההרחבה במילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות, והליך חיתום רפואי במסגרתו ייקבעו תנאי הקבלה לביטוח או דחייה מקבלתו לביטוח.

4.8

רצף ביטוחי בתקופת ההצטרפות ללא הצהרת בריאות:

מבוטח שהיה מבוטח בפוליסת בריאות פרטית או קבוצתית, בין בחברה ובין אצל חברת ביטוח אחרת, וזו הייתה בתוקף ערב המועד הקובע, ויעבור לביטוח על פי הפוליסה החדשה, בתקופה שבה אינו נדרש למלא הצהרת בריאות, יהיה זכאי לרצף ביטוחי מלא. רצף ביטוחי מלא משמעותו העדר ספירה מחדש של תקופת אכשרה, ולצורך סייג מצב רפואי קודם ייחשב מועד ההצטרפות לפוליסה הקודמת כמועד ההצטרפות לפוליסה החדשה. רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כסויים וסכומים שהיו קיימים בפוליסה הקודמת וקיימים גם בפוליסה החדשה.

יובהר, כי במקרה בו קיימות חרגות רפואיות אישיות בפוליסה הקודמת הן יועברו לפוליסה החדשה ויישארו בתוקף.

4.9

ילד שהצטרף בתעריף ילד והפך לילד בוגר בתקופת הביטוח בפוליסה החדשה
- ייגרע מהפוליסה והודעה לגבי הגריעה תשלח לבעל הפוליסה (מבוטח הראשי) ע"י חברת הביטוח.

תינתן אפשרות להישאר תחת ההסכם הקבוצתי בכפוף לשינוי הפרמיה בגינו לפרמיית תעריף בוגר ובכפוף להסכמתו בכתב אשר תתקבל לחברת הביטוח עד 90 יום מיום שליחת המכתב. דמי הביטוח ישולמו באמצעי גביה אישי של המבוטח.

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 שיוזרה עליהם המפקח על הביטוח.

5.2 **חידוש ללא שינוי בדמי ביטוח/תנאי כיסוי או הארכה לשלושה חודשים לצרכי מו"מ:**

על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, במקרים בהם חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח תקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין:

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

5.3 **דרישת המבוטח לקבל העתק מן ההסכם עם בעל הפוליסה:**

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.

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 הוראות 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 ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

6.2 **מקרה בו נדרש אישור פזיטיבי :**

במקרה בו נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 14.6 להלן, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

במקרה בו לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח.

הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

6.3 **חידוש אצל מבטח אחר:**

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

6.4 **סיום הפוליסה ללא חידוש:**

הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה

או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ 30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעת בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

6.5 הפסקת זיקה בין מבטוח לבעל הפוליסה:

פסקת הזיקה בין המבטוח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 8.1.5 להלן ימסור המבטוח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטוח לפי הפוליסה הקבוצתית.

6.6 הודעה בדבר הגבייה:

חלה על מבטוח, במועד ההצטרפות לפוליסה, החובה לשלם פרמיה, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתה לאחר המועד האמור, ימסור המבטוח למי שמשלם את הפרמיה, שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח. הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

7. תקופת הביטוח:

- 7.1 תקופת הביטוח תהיה החל מ- 01.10.2025 (המועד הקובע) ועד 30.09.2030. (5 שנים)
- 7.2 טרם מועד סיום תקופת הביטוח, ידונו הצדדים בהיתכנות להארכת תקופת הביטוח בכפוף להתאמת/שיוני תנאי הביטוח. בעל הפוליסה יהיה זכאי לקבל את כל נתוני התביעות 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 מהמבטוח.
- 7.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 7.4 הפוליסה לא תפקע לגבי מבטוח מסוים לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיפים 7.1 ו- 8.1, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים שעל פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

8. תום הביטוח, הפסקת הביטוח עבור מבטוח מסוים והאפשרות להמשכיות:

- 8.1 תום הביטוח עבור מבטוח מסוים יהיה כדלהלן, לפי המוקדם מביניהם:
- 8.1.1 **ביטול על ידי המבוטח:** כל מבטוח רשאי להודיע על ביטול הביטוח עבורו, בכל עת, במהלך תקופת הביטוח בהודעה בכתב למבטוח. הודיע המבוטח על ביטול 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 20 לפוליסה.

8.1.4 ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח:
(א) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה 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 מבטח, יבוטל הביטוח לגבי 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.
(ב) חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 14.6 להלן ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח כמפורט בסעיף 6.2 לעיל, יבוטל הביטוח לגבי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין.
בוטל הביטוח כאמור ופנה מבטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך - 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

לעניין סעיף זה "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

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, 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/סיום יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל) או פטירה (חו"ח) של המבוטח

במקרה בו מבטח עובד התגרש/סיים יחסים (בהתאמה לסעיף 4.7 לעיל), הביטוח של בן הזוג (במקרה של גירושין/סיום יחסים) והביטוח של בני המשפחה (במקרה של פטירה) יסתיים ביום האחרון של החודש בו ארע האירוע.

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

8.2 יובהר, כי במקרה בו בעל הפוליסה יבקש לבטל את הפוליסה עבור כלל המבוטחים מכל סיבה שהיא במהלך חודש קלנדרי, הוא נדרש לשלם דמי ביטוח מלאים בגין אותו החודש במהלכו בוטלה הפוליסה ואם כבר נגבו דמי הביטוח, המבטח לא יהיה חייב בהשבת דמי ביטוח יחסיים בגין אותו חודש במהלכו בוטלה הפוליסה.

8.3 **בוטל 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 (לעניין סעיף 8.1.2 תינתן המשכיות על פי סעיף זה רק במקרה שהסכם הביטוח יסתיים או יתבטל והפוליסה לא תתחדש אצל המבטח או אצל מבטח אחר, לגבי כלל המבוטחים או חלקם שהביטוח אינו מתחדש עבורם), 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 בחברה במועד המעבר לפוליסת פרט וכן בהתאם ובכפוף 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 ספירה מחדש של תקופות אפשרה וללא חיתום רפואי מחדש אך כולל חיתום קיים - החרגות רפואיות אישיות ככל ונקבעו), ביחס לכיסויים ביטוחיים חופפים בין פוליסת הפרט לפוליסה (הקבוצתית) וביחס לאותם סכומי ביטוח. במקרה בו ירכוש המבוטח כיסויים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבוטח במילוי הצהרת בריאות אך ורק ביחס לכיסויים ולסכומים הלא החופפים.

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 **יובהר כי ההמשכיות לא תינתן למבוטח אשר ביטל מיוזמתו את הביטוח (הקבוצתי), לרבות בהתאם לסעיף 8.1.1. לעיל, או אשר המבטח ביטל את הביטוח לגביו בהתאם לסעיף 8.1.3 לעיל.**

9. סייגים מיוחדים לפוליסה זו:

הפוליסה תחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

9.1 **מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 2.21 לעיל.**

9.2 **סייג בשל מצב רפואי קודם:**

9.2.1 **המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה החל הסייג.**

9.2.2 **סייג בשל מצב רפואי קודם, יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד תחילת תקופת הביטוח:**

- א. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח פחות מ-65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- ב. מבוטח שגילו במועד תחילת הביטוח 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

9.2.3 סייג בשל מצב רפואי מסוים למבוטח מסוים (החרגה חיתומית):
 על אף האמור בסעיף 9.2.2 סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי בשל מצב בריאותו הקודם, שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

9.2.4 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.

9.2.5 השבת דמי הביטוח בשל "מצב רפואי קיים":
 במקרה בו נתבטל חוזה הביטוח בשל "מצב רפואי קיים" בהתאם להוראות המפורטות בסעיפים 9.1 ו-9.2.2 וכן מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח. על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה.

10. תשלום תגמולי הביטוח:

- 10.1 החברה תהיה רשאית על פי שיקול דעתה לספק את השירות הרפואי ו/או לשלם את תגמולי הביטוח ו/או כל חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח עצמו.
- 10.2 תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים, המתבצעים מחוץ לישראל ישולמו ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 10.3 סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים על פי שער החליפין היציג של המטבע הנוגע לעניין ביום ביצוע התשלום למבוטח על ידי המבטח, בתוספת כל היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.
- 10.4 נפטר המבוטח ונותרה יתרת חוב לנותן שירות בגין שירות רפואי שניתן למבוטח ואושר על ידי המבטח לפני פטירתו, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור לנותן השירות הרפואי. אם יתרת החוב שנותרה (בגין שירות רפואי שניתן למבוטח לפני פטירתו) הינה כלפי המבוטח עצמו שנפטר, ישלם המבטח את יתרת החוב כאמור למוטב ואם המבוטח לא נקב שם של מוטב, ליורשיו החוקיים על פי כל דין של המבוטח כפי שנקבעו על ידי בית המשפט המוסמך ובכפוף לכל דין.
- 10.5 תגמולי הביטוח שישולמו על ידי המבטח לא יעלו על סכומי הביטוח המרביים הקבועים בפוליסה, בעת הגשת התביעה לראשונה על ידי המבוטח למבטח. עודכן סכום הביטוח המרבי על ידי המבטח, לא יחול הסכום המרבי המעודכן על תביעה אשר הוגשה למבטח טרם העדכון האמור.

10.6 תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין כשלא היה זכאי להם יוחזרו למבוטח מיד עם דרישתו הראשונה.

11. תחלופ (סוברוגציה):

11.1 הייתה למבוטח גם זכות שיפוי מאת צד שלישי מכוח חוזה ביטוח בשל מקרה הביטוח, עוברת זכות זו למבוטח, מששילם למבוטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם.

11.2 המבוטח אינו רשאי להשתמש בזכות שעברה אליו לפי סעיף זה באופן שיפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מהמבוטח.

11.3 קיבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע למבוטח לפי סעיף זה, עליו להעבירו למבוטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבוטח, עליו לפצות את המבוטח בשל כך.

11.4 הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח הוא תוצאה של מעשה ו/או מחדל שנעשה שלא בכוונה בידי אדם שמבוטח סביר לא היה תובע ממנו שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

12. כפל ביטוח:

12.1 המבוטח 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 המבוטחים 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 ממבוטח 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:

המבוטח ישלם למבוטח או ישירות לנותן השירות את ההוצאות בגין השירותים הרפואיים ו/או יפצה את המבוטח עד לסכום הביטוח המרבי (סכום הביטוח המרבי בעת הגשת התביעה לראשונה), הכול בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שיתמלאו כל התנאים המפורטים להלן:

13.1 המבוטח יודיע למבוטח על קרית מקרה הביטוח סמוך ככל האפשר למועד בו נודע לו על כך ומסר למבוטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים שהמבוטח דרש לשם בירור התביעה לרבות מידע על ביטוח אחר שנעשה בפני סיכונים המכוסים על פי הפרקים הנכללים בפוליסה זו. המבוטח יחזיר זכאי לנהל על חשבוננו כל בדיקה וחקירה לצורך בירור חבותו באופן סביר. היה מקרה הביטוח מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.

- 13.2 המבוטח יקבל את אישור המבטח מראש לכל אחד מהשירותים הרפואיים, להם נדרשה קבלת אישור מראש בפרקים הנכללים בפוליסה. מובהר כי העדר פניה של המבוטח למבטח לקבלת אישור מראש כאמור, עלול להביא להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה סכום תגמולי הביטוח שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת הודעה מראש (בכפוף לכך שלמבוטח זכאות למקרה הביטוח). הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
(1) החובה להודיע למבטח מראש על קרות מקרה הביטוח לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות;
(2) אי קיום חובת ההודעה מראש או איחור בקיומה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב תגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר. הופרה החובה להודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח מראש כאמור בכונת מרמה – פטור המבטח מחבותו.
- 13.3 המבוטח ימציא למבטח קבלות של נותן השירות המאשרות תשלום בפועל של ההוצאות הנתבעות מהמבטח.
- 13.4 המבוטח הסכים להיבדק בישראל על ידי רופא מטעם המבטח ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח, **(מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית משפט)** וכן התיר לרופאים וכן לבית החולים בו עבר או עומד לעבור ניתוח או אושפז ולכל נותן שירות למסור למבטח כל ידיעה או מידע להם הוא זקוק, וחתם על כתב ויתור על סודיות רפואית בנוסח המקובל אצל המבטח. האמור בסעיף זה הינו תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי הביטוח.
- 13.5 החברה רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת מנתחים/מרדמים שבהסכם. רשימת הרופאים תהיה הרשימה אשר תהיה בתוקף לכלל המבוטחים בפוליסות הבריאות הפרטיות אצל החברה.
- 13.6 **יובהר כי המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי במסגרת הפוליסה בגין תשלומים עבור תרופות ו/או טיפולים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות שניתנה על ידי נותן שירות לתרופות ו/או טיפולים עתידיים.**
- 13.7 **על נותן השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים להיות בעל הרשאה על פי הדין החל בישראל ו/או בחו"ל, לפי העניין, לצורך מתן השירותים הרפואיים ו/או האבחורים ו/או המוצרים ו/או הטיפולים הרפואיים למבוטח, וככל שנדרש רישוי כלשהו לשם כך, יהא/יהיו נותן הטיפול ו/או השירות הרפואי והמרפאה הכירורגית הפרטית או בית החולים הפרטי בו מבוצע הטיפול ו/או השירות הרפואי בעל/י רישוי מתאים.**
- 13.8 **בחירתו של רופא מנתח ו/או רופא מרדים שבהסכם או נותן שירות אחר, כפופה להסכמת בית החולים הפרטי/מרפאה כירורגית פרטית. תיאום הניתוח יעשה על ידי הרופא המנתח ו/או הרופא המרדים שנבחר על ידי המבוטח.**
- 13.9 **המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח, לרבות עצם בחירתו בפרוצדורה רפואית המחליפה פרוצדורה**

רפואית אחרת ו/או הפנייתו על ידי המבטח לבית חולים ו/או כל נותן שירות אחר ו/או עקב מעשה או מחדל או פגם של הנ"ל או שנגרם משירות ו/או טיפול רפואי ו/או אבזרים ו/או מוצרים שסופקו למבוטח ו/או ששולמו בגינו/ם תגמולי ביטוח על פי הפוליסה. כאמור, בחירת ספק השירות ו/או הרופא ו/או המטפל ו/או בית החולים ו/או בית מרקחת ו/או יצרן תרופה / אביזר ו/או סוג הטיפול ו/או סוג האביזר הרפואי הנדרש הינם באחריותו הבלעדית של בעל הפוליסה ו/או המבוטח, גם במקרה בו הטיפול ו/או השירות הרפואי בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם ו/או בתיאום המבטח ו/או על ידי הפניית המבוטח ו/או בעל הפוליסה לנותן השירות.

13.10 במקרה שפעילות נותן השירות או חלק משמעותי ממנה תפגע על-ידי מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון, או כל גורם אחר שאינו בשליטת נותן השירות, פטור המבטח מלתת את השירותים על פי הפוליסה והמבטח ו/או נותן השירות לא יהיו אחראים לכל נזק כתוצאה מכך.

13.11 **הגבלת אחריות המבטח – תחולה טריטוריאלית:**
המבוטחים הרשאים להיות מבוטחים בפוליסה זו הינם רק תושבי ואזרחי מדינת ישראל וחבר אחת מקופות החולים בישראל.
כל השירותים עפ"י פוליסה זו יינתנו בישראל בלבד, למעט כיסויים אשר ניתנים לביצוע בחו"ל עפ"י תנאיהם.

למען הסר ספק יובהר כי, הביטוח על פי פוליסה זו אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל. מבוטח ששהה בחו"ל לתקופה שאינה עולה על 90 בריציפות יום 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 תנאיהם.

למען הסר ספק, החברה לא תחזיר למבוטח את ההוצאות בגין מקרי ביטוח שאירעו בחו"ל ואשר הוצאותיהם בוצעו בחו"ל, לרבות התחייבויות כספיות אם יינתנו 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 דמי הביטוח יפורטו בדף הרשימה ובגילויי נאות המצורפים לפוליסה.

14.2 אם דמי הביטוח ישולמו בהוראת קבע בנקאית או באמצעות כרטיס אשראי יחשב זיכוי בחשבון המבטח בבנק או בחברת כרטיסי האשראי של המבטח כתשלום דמי הביטוח.

14.2 הפרמיה צמודה למדד ותשתנה מדי חודש בהתאם לשינוי במדד, למן המדד היסודי ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום.

14.3 בעל הפוליסה ישתתף במימון פרמיית הביטוח לרובד הבסיס לעובד ולבני משפחתו (בן/בת זוג וילדים עד גיל 25), כולל גילום מס.

רובד ההרחבה לעובד ולבני משפחתו (בן/בת זוג, ילדים בכל גיל), ישולם ע"י העובד המבוטח באמצעי גבייה אישי.

מובהר כי עובדים אצל בעל הפוליסה המבוטחים בפוליסה זו, בתקופה בה הם נמצאים בחל"ד (חופשת לידה) או בחל"ת (חופשה ללא תשלום), ימשיכו להיות משולמים כסדרם.

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.

14.6 **שינויים בדמי הביטוח והדרישה לאישור פחייבי**
בנוסף לאמור בסעיף לעניין התאמת דמי הביטוח (ככל וקיים), יהיו רשאים בעל הפוליסה והמבטח להסכים על שינויים בדמי הביטוח.
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד החידוש הביטוח הקבוצתי העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח (כלומר - לא ממומן על ידי בעל הפוליסה) בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה.
אם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוג;

- לענין סעיף זה, "העלאה של דמי הביטוח":
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח.
 - (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלאה או בחלקה או הרחבתה.
 - (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.
 - (4) במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח.
 - (5) במועד החידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

15. **התאמת דמי ביטוח:**
בתום 24 חודשים מהמועד הקובע או שמועד אחר כפי שיוסכם על ידי בעל הפוליסה והמבטח ובתום 24 חודשים לאחר מכן תהא רשאית החברה להתאים את גובה הפרמיה לכלל המבוטחים, ליתרת תקופת הביטוח על-פי ניסיון התביעות ו/או בהתאם למוסכם עם בעל הפוליסה.

16. **תנאי הצמדה:**
דמי ביטוח, תגמולי הביטוח, סכומי הביטוח, סכומי גבולות אחריות המבטח וההשתתפות העצמית הקבועים בפוליסה יהיו צמודים לשיעור עליית המדד למן המדד הבסיסי הקבוע בפוליסה ועד למדד האחרון שפורסם לפני מועד תשלום כל סכום.
לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה, התשכ"א-1961, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

17.

התיישנות:

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא 5 שנים ממועד קרות מקרה הביטוח וזאת בהתאם לחוק חוזה הביטוח, או כל הוראת חוק אחרת אשר תבוא במקומו. הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או תאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

18.

חובת גילוי:

פוליסה זו נעשתה על יסוד טופס ההצטרפות, ההודעות וההצהרות שנמסרו בכתב למבטח על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד ומהותי מהפוליסה. נכונות הידיעות, התשובות, ההודעות וההצהרות הנ"ל הינה מהותית לתוקפה של הפוליסה אשר הוצאה על סמך הנחתו של המבטח כי המבוטח גילה לו את כל העובדות המהותיות לצורך הערכת סיכון המבוטח.

18.1 לא ענה המבוטח תשובות מלאות וכנות ו/או לא גילה למבטח עניין מהותי הן בהצעת הביטוח והן בכל מסמך אחר בו נדרש לכך, יהיה המבטח רשאי לבטל את הפוליסה או להקטין את היקף חבותו, הכול לפי הוראות חוק חוזה הביטוח.

18.2 **ביטל המבטח את החוזה מכוח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.**

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

18.4 המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה; (2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

18.5 **בביטוח תאונה, מחלה ונכות שבו חייב המבטח לשלם תגמולי ביטוח לפי שיעור מוסכם מראש (פיצוי), המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיפים 18.1 עד 18.3 לעיל לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או המוטב פעל בכוונת מרמה.**

19.

מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו או המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהחברה חייבת לשלם על פי הפוליסה, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הפוליסה לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר.

ההסדר התחיקתי וברירת הדין:

20.

פוליסה זו כפופה להסדר התחיקתי ובכל מקרה של סתירה ביניהם ביחס להוראות קוגנטיות בלבד (הוראות שלא ניתן להתנות עליהן על פי הדין) יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

חילוקי דעות בנוגע לפרשנות ו/או תנאי הזכאות ו/או זכויות המבוטח על פי פוליסה זו יתבררו על פי דיני ישראל, בבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

זכויות מבוטח במהלך שירות צבאי:

21.

בעת שירות צבאי חלות הוראות והנחיות הצבא המשתנות מעת לעת ועלולות להגביל או למנוע מהמבוטח קבלת טיפול רפואי פרטי. לעניין זה עלולה להיות השפעה על מימוש זכויות המבוטח מתוקף פוליסה זו. המידע הנוגע להוראות אלו נמצא אצל רשויות הצבא ועל המבוטח הנמצא בשירות צבאי להתעדכן בהן.

הודעות:

22.

כל ההודעות המיועדות למבוטח וכן כל המסמכים שיש למסור למבוטח על פי תנאי הפוליסה ימסרו בכתב למשרדו הראשי של המבוטח, לרבות בדוא"ל לכתובת המייל כפי שמפורסמת באתר החברה WWW.FNX.CO.IL בהתאם לנושא הפנייה או בכל אחת מדרכי ההתקשרות אותם פרסם המבוטח לציבור המבוטחים באתר החברה.

המבוטח ימסור את כל ההודעות למבוטח על פי פרטי הקשר שנמסרו למבוטח. במקרה ונמסרה כתובת של העובד/חבר אצל בעל הפוליסה בלבד, המבוטח יראה את אותו עובד/חבר כשלוחם של יתר המבוטחים (בני משפחה המבוטחים בפוליסה) לעניין מסירת הודעות למבוטחים, אלא אם כן צוין בפני המבוטח אחרת בדבר העדר שליחות כאמור (במקרה דגן ההודעות ישלחו למבוטח לפי פרטי הקשר הידועים למבוטח).

הודעות שנשלחו לפרטי הקשר הידועים של המבוטח אשר נמסרו למבוטח, יחשבו כהודעות אשר התקבלו במענו של המבוטח.

רובד בסיס:

פרק 1- תכנית ביטוח השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

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

1.1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, שחלה, מעי וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר שרופא מומחה בתחום הנוגע לעניין בישראל אישר כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצועה, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנקלחו מגופו של אדם אחר במקום או השתלה של מח עצם מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי. במקרה שבו יושלל לב מלאכותי לפני השתלת לב מגופו של אדם אחר, ייחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.1.2 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, לב, کلیה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר, לאחר הכריתה או ההוצאה, שנקלח מבעל חיים, במקום.

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

1.2 "טיפול חלופי בישראל" - טיפול רפואי שנועד לטפל במצבו הרפואי של מבוטח, הניתן לביצוע בישראל, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות מאפשר להשיג למבוטח אותה תוצאה רפואית המושגת באמצעות טיפול רפואי אחר, שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתופעות לוואי חמורות יותר או בתוצאות גופניות חמורות יותר או נזק למבוטח, הפוגע באיכות חייו.

1.3 "טיפול מיוחד מחוץ לישראל" - טיפול רפואי מחוץ לישראל לרבות ניתוח שרופא מומחה בישראל בתחום הנוגע לעניין הוציא לגביו חוות דעת בכתב, כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את ביצועו ומתקיימים בו אחד מהתנאים האלה לפחות:

1.3.1 שירותי הרפואה בישראל אינם מספקים את הטיפול המיוחד ואין לו טיפול חלופי בישראל.

1.3.2 הטיפול המיוחד חיוני להצלת חיי המבוטח, ומניעתו מהווה סכנה משמעותית לחיי המבוטח או תגרום לפגיעה קשה באיכות חייו ובריאותו.

1.3.3 זמן ההמתנה המקובל בישראל לטיפול מאותו סוג הוא ארוך, באופן שעלול לגרום להחמרה משמעותית המסכנת את חיי המבוטח.

1.3.4 סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד מחוץ לישראל גבוהים משמעותית, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, מסיכויי ההצלחה של ביצוע טיפול זה בישראל.

יובהר כי טיפול מיוחד מחוץ לישראל הינו למעט השתלה כהגדרתה לעיל.

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

1.5 "תקופת אכשרה" - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לתכנית הביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח תכנית הביטוח שאליה הצטרף; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

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

3. הכיסוי הביטוחי:

פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7.

3.2 להשתלה שבוצעה או צפויה להתבצע אצל נותן שירות שלא בהסכם עם המבטח - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5. שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6 וכן פיצוי כאמור בסעיף 3.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על הסכומים המפורטים להלן:

3.2.1 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.1 לעיל - עד 5,000,000 ₪.

3.2.2 להשתלה כהגדרתה בסעיף 1.1.2 לעיל - עד 3,000,000 ₪.

3.2.3 להשתלה כהגדרתה בפסקה 1.1.3 לעיל - עד 150,000 ₪.

3.3 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7.

3.4 לטיפול מיוחד מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם - כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.5.2 עד 3.5.7 וכן שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.6.2 עד 3.6.7, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי לכל מקרה ביטוח לא יעלה על 1,000,000 ₪.

3.5 להוצאות המפורטות להלן - שיפוי מלא, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:

3.5.1 הוצאות לביצוע הפעילות הרפואית הנדרשת לקציר האיבר המושתל, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

3.5.2	הוצאות אשפוז מחוץ לישראל עד 180 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 365 ימים לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.
3.5.3	הוצאות שכר הצוות הרפואי ועלות חדר הניתוח במהלך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
3.5.4	הוצאות כרטיס טיסה מחוץ לישראל במחלקת תיירים להשתלה או ביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד, או שני מלווים אם המבוטח הינו קטין, והוצאות שיבתם לישראל.
3.5.5	הוצאות נסיעה יבשתיות של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.
3.5.6	הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך ההשתלה או לצורך הטיפול המיוחד מחוץ לישראל.
3.5.7	הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.
3.6	להוצאות המפורטות להלן – שיפוי לפי תקרות הסכומים המופיעות לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:
3.6.1	הוצאות בדיקות לאיתור תרומת מח עצם, או הוצאות רפואיות הכרוכות בהפקת מח עצם או תאי גזע מדם טבורי או דם פריפרי, הנדרשים להשתלה, ובכלל זה רישום במאגרים מחוץ לישראל – עד 300,000 ₪.
3.6.2	הוצאות בשל הערכה רפואית או תפקודית לפני ביצוע השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיסות הלוך ושוב מחוץ לישראל של המבוטח ומלווה אחד לצורך ביצוע בדיקות, בטיסה מסחרית במחלקת תיירים – עד 200,000 ₪.
3.6.3	הוצאות טיפולים רפואיים במבוטח מחוץ לישראל שקשורים באופן ישיר לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל, לרבות טיפולי דיאליזה – עד 250,000 ₪.
3.6.4	הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪. על אף האמור, אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.
3.6.5	הוצאות שהיה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך השתלה או טיפול מיוחד מחוץ לישראל – עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד, או במקרה שבו המבוטח הוא קטין, עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים.
3.6.6	הוצאות לטיפול המשך בתוך 12 חודשים ממועד ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד מחוץ לישראל – עד 200,000 ₪ אם הם נובעים מביצוע ההשתלה, ועד 150,000 שקלים חדשים אם הם נובעים מביצוע טיפול מיוחד מחוץ לישראל.
3.6.7	הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בישראל, עד תקרת כיסוי בגובה 200,000 ₪.

3.7 להוצאות המפורטות להלן – פיצוי לפי סכומים המופיעים לצידן, ובכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.4:

- 3.7.1 קצבה חודשית למועמד להשתלה אשר בשל מצבו הרפואי מרותק למיטתו - 4,500 ₪, לחלופין אם שהה באשפוז בבית חולים - 2,000 ₪ לתקופה שבה היה מאושפז, וכל זאת עד מועד ביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-9 חודשים; לעניין זה "מועמד להשתלה" - מבטח אשר קיבל אישור של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בביצוע ההשתלה.
- 3.7.2 גמלת החלמה חודשית לאחר ביצוע השתלה, למעט השתלת מח עצם עצמית - 5,500 ₪ למשך תקופה של 24 חודשים.
- 3.7.3 השתלה שבוצעה מחוץ לישראל לפי תנאי חוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008, למעט השתלת מח עצם עצמית, בלא השתתפות המבטח - פיצוי חד פעמי בסך 350,000 ₪.
- 3.8 בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה, יבחן המבטח אם ההשתלה תבוצע ו/או בוצעה, בהתאם להוראות חוק השתלת אברים, ובכלל זה ולשם כך יבחן המבטח אם נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל במדינה בה צפויה להתבצע ההשתלה, ומתקיימות הוראות חוק איסור סחר באיברים.

4. תקופת אכשרה:

ללא תקופת אכשרה לפרק זה.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

- פרק השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
- 5.3 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוץ ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 5.5 השתלות או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל למטרות מחקר או המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.6 השתלה או טיפול מיוחד שאינם נובעים מצורך רפואי ונועדו למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה.

- 5.7 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.8 טיפולי רפואה משלימה.
- 5.9 טיפולים נפשיים.
- 5.10 לגבי טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
- 5.10.1 טיפול מיוחד מסיבה של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.10.2 טיפול מיוחד הקשור בשיניים או בחניכיים.

פרק 2 - תכנית ביטוח תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 "בדיקה גנטית" -** בדיקה גנומית מולקולרית או צביעות מיוחדות (אימונוהיסטוכימיות) שאינן מכוסות בסל שירותי הבריאות.
- 1.2 "טיפול תרופתי" -** נטילת תרופה לפי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך.
- 1.3 "מדיניות מוכרות" -** ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורווגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- 1.4 "מרשם" -** מסמך רפואי חתום בידי רופא מומחה או רופא בית חולים, לפי בחירת המבוטח, המאשר את הצורך בטיפול התרופתי ומורה על אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.
- 1.5 "הרשות המוסמכת" -** הגורמים ו/או המוסדות אשר להם הסמכות למתן רישיון או היתר לשיווק תרופות חדשות לפי הדין החל במדינה בה משוקת התרופה.
- 1.6 "המחיר המרבי המאושר לתרופה" -** הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.7 "סל שירותי הבריאות" -** מכלול השירותים הרפואיים והתרופות שנותנות קופות החולים לחבריהן, לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, או מכוח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה, למעט מחויבויות שבמסגרת תכנית השב"ן;
- 1.8 "רופא מומחה" -** רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמנו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות, ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הנוגע לטיפול בתרופה.
- 1.9 "תקופת אכשרה" -** תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 "תרופה" -** חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

1.11 "תרופת יתום" - תרופה לטיפול במחלה נדירה.

1.12 "תרופה מיוחדת" - תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה להתוויה רפואית כלשהי והמבוטח קיבל אישור לייבוא אישי של התרופה, מכוח תקנה 29(א)(3) לתקנות הרוקחים (תכשירים), התשמ"ו-1986.

1.13 "תרופה ניסיונית" -

תרופה שאינה תרופה מיוחדת, תרופת יתום או תרופה off label ושמתקיים לגביה אחד מאלה:

1.13.1 תרופה שרשות מוסמכת באף אחת מהמדינות המוכרות לא אישרה אותה לשימוש כלשהו.

1.13.2 תרופה שרשות מוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה אותה לשימוש כלשהו אך השפעותיה על מצבו הרפואי של המבוטח אינן ידועות, והמתווה הטיפולי המבוקש, לרבות מינון התרופה, אינו נתמך באמות מידה מקובלות ולא הוכח כיעיל לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

1.13.3 תרופה שנמצאת בהליך ניסוי קליני.

1.14 "תרופה Off Label"

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

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 האלה במצטבר, כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות:

א. עוצמת המלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או IIa;

ב. חוזק הראיות – (Strength of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B;

ג. יעילות – (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa;

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

א. NCCN;

ב. ASCO;

ג. NICE;

ד. Esmo Minimal Recommendation.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא לפחות אחד משני המצבים האלה:

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

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

- 2.1.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות שהרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות אישרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח אך אינה מוגדרת לפי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 2.1.3 תרופה OFF LABEL.
- 2.1.4 תרופות יתום שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות ושהרשויות המוסמכות בישראל או באחת או יותר מהמדינות המוכרות אישרה או הכירה בה כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במבוטח, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, לפי קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.
- 2.1.5 תרופה מיוחדת.
- 2.2** מצבו הרפואי של המבוטח מצריך, לפי המלצת רופא אונקולוג המטפל במבוטח, ביצוע בדיקה גנטית להתאמת הטיפול התרופתי למחלת הסרטן במבוטח, וזאת לפי פרוטוקולים מקובלים בישראל, באירופה או בארצות הברית.

3. הכיסוי הביטוחי:

- 3.1 כיסוי תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יכלול כיסוי לכל תקופת ביטוח שיתחדש במועד חידוש הפוליסה, עד סכומי השיפוי המפורטים להלן:
- 3.1.1 בשל כל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 - עד 3,000,000 ₪ .
- 3.1.2 בשל כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 2.1.5 - עד 1,000,000 ₪ , ולא יותר מ- 200,000 ₪ בחודש.
- 3.1.3 סכום שיפוי נוסף בשל כל אחד ממקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1, אם נטילת התרופה כרוכה בהוצאות לשירות רפואי או טיפול רפואי - עד 250 ₪ ליום ועד 60 ימים.
- 3.1.4 בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.2 - עד 80% מההוצאות ולא יותר מ- 40,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.
- 3.2 סכום השיפוי המירבי לתרופה (סעיף 3.1) לא יעלה על "המחיר המרבי המאושר לתרופה".**
תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.
במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה, על פי שער הדולר (ארה"ב) הידוע במועד רכישת התרופה בפועל.

4. תקופת אכשרה:

ללא תקופת אכשרה לפרק זה.

5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק התרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות יחריג מכיסוי את המקרים האלה ואת התרופות האלה:

- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 טיפול תרופתי שניתן מסיבות של היריון, לידה, עקרות, אין אונות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
- 5.3 תרופה הקשורה בשיניים או בחניכיים.
- 5.4 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
- 5.5 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004.
- 5.7 תרופה ניסיונית.
- 5.8 תרופה שאינה נובעת מצורך רפואי ונועדה למטרות אסתטיקה או קוסמטיקה.
- 5.9 טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, רפואה משלימה, טיפול בוויטמינים, חיסונים, תוספי מזון או Anti-Aging.
- 5.10 טיפול תרופתי מניעתי לתסמונת הכשל החיסוני (איידס), למעט למבוטחים שהינם נשאים או חולים.
- 5.11 תרופה לירידה במשקל, למעט אם המבוטח נמצא עם יחס BMI מעל 36 וסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.12 שתל, אבזר או אמצעי אחר להחדרת תרופה או אבזר מצופה תרופה.
- 5.13 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השווה רוב ימות השנה (183 ימים לפחות) מחוץ למדינת ישראל.
- 5.14 קנבוס - כהגדרתו בתוספת הראשונה לפקודת הסמים המסוכנים, [נוסח חדש], התשל"ג-1973; יובהר כי החריג לא יכלול תרופה הנכללת ברשימת התרופות המאושרות באחת מהמדינות המוכרות, אשר מכילה אחד או יותר מרכיבי הקנבוס או נגזרות קנבוס.

6. השתתפות עצמית:

- 6.1 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרי הביטוח המפורטים בסעיף 2.1.1 עד 2.1.4 – 300 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- 6.2 סכום ההשתתפות העצמית החודשית בשל מקרה הביטוח המפורט בסעיף 2.1.5 – 500 שקלים חדשים לתרופה, לאותו חודש.
- 6.3 על אף האמור בסעיפים קטנים (6.1) ו-(6.2), לא תיגבה השתתפות עצמית לתרופה שעלותה החודשית גבוהה מ-5,000 שקלים חדשים.

פרק 3- ייעוץ עם רופא מומחה

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בפרק זה.

1. מקרה ביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה בישראל (אם וכפי שנקבע בצמוד לסעיף הרלוונטי בפרק זה), ביצוע התייעצויות שלא בעת אשפוז כמפורט בתוכנית זו וזאת במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 6 להלן (להלן: "השירותים").

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בתכנית זו יינתנו בישראל בלבד, ואם מדובר בשירותים הניתנים באופן דיגיטלי/ און ליין (ON LINE) - בכפוף לכך שנותן השירות והמבוטח שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית, עד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שלם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. השירותים:

התייעצות עם רופא מומחה

המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין ייעוץ פרונטלי או און ליין ובתנאי שמדובר ברופא מומחה מישראל בלבד לגבי מצבו הרפואי של המבוטח. החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 75% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 1,000 ₪ לייעוץ ובכל מקרה לא יותר מ-2 התייעצויות בשנה קלנדרית. על אף האמור בסעיף זה, תאושר בשנה קלנדרית התייעצות אחת בלבד עם פסיכיאטר מתוך כמות ההתייעצויות המכוסה.

4.1.2 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

4.1.2.1 פרק זה אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית ו/או רופא משפחה ו/או רופא ילדים ו/או התייעצות לצורך מעקב נטילת תרופות, ו/או התייעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית ו/או לצורך קביעת אחוזי נכות.

4.1.2.2 פרק זה אינו מכסה מצב בו בחר המבוטח להתייעץ עבור אדם אחר (למשל, עבור ילדו, הוריו וכיוצ"ב). במקרה בו אותו "אדם אחר" הינו מבוטח בפוליסה זו אצל המבטח, תיבחן זכאותו להתייעצות תחת הפוליסה שלו.

5. תקופת אכשרה:
ללא תקופת אכשרה לפרק זה.

6. חריגים:
בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - ייעוץ ובדיקות יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים האלה:

- 6.1 התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.
- 6.2 התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.
- 6.3 התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.
- 6.4 התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.
- 6.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאתרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ – 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
- 6.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 6.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 6.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 6.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כסויים הנקובים במפורש בתוכנית זו.

כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:

- 6.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתכנית.
- 6.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בתכנית.
- 6.12 אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 6.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או איכפתיות.
- 6.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 6.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכן בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 6.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 6.17 גלישה אווירית, צניחה, רכיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 6.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 6.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 6.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

רובד הרחבה

פרק 4- תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, שבוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין שבוצעה לאחריו.
- 1.2 **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי או סדרת טיפולים שמבצע רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, שלפי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שהוא מחליף.
- 1.3 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית-חירית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, ראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.4 **"ניתוח מורכב"** - ניתוח שבעקבותיו אושפז המבוטח במשך 7 ימים לפחות.
- 1.5 **"רופא מומחה"** - רופא בעל התמחות בתחום הנוגע לעניין המורשה לפי כל דין במדינה שבה מתבצע הניתוח או הטיפול, לבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.
- 1.6 **"רופא מומחה בישראל"** - רופא שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לו תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.7 **"שתל"** - כל אבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתל או המורכב בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.8 **"תקופת אכשרה"** - תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה לכל כיסוי, שבה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה; תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה ביטוח:

מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח בחר לבצעו בבית חולים מחוץ לישראל, ובלבד שרופא מומחה נתן חוות דעת על צורך בביצוע הניתוח או בטיפול מחליף הניתוח טרם נסיעתו של המבוטח מחוץ לישראל. ובלבד שהרופא המבצע את הניתוח או שותף לביצועו אינו מנתח בישראל בששת החודשים שקדמו לניתוח. לעניין זה, ביצוע

טיפול מחליף ניתוח לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

הכיסוי הביטוחי:

3.

פוליסת ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל תכלול כיסוי ביטוחי לפי המפורט להלן:

3.1 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6.

3.2 לניתוח מחוץ לישראל שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4, שיפוי מוגבל להוצאות המפורטות בסעיף 3.5 ופיצוי כאמור בסעיף 3.6. ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות אותו הניתוח בישראל.

לעניין זה, "עלות הניתוח בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לאותו הניתוח בישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

3.3 לטיפול מחליף ניתוח מחוץ לישראל, בין שבוצע אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ככל ולמבטח יש הסכמים עם נותן שירות, ובין שבוצע אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח – כיסוי מלא להוצאות המפורטות בסעיף 3.4.1 וסעיף 3.4.2, ובלבד שסכום הכיסוי המרבי למקרה ביטוח לא יעלה על 250% מעלות הניתוח החלופי בישראל. לעניין זה, "עלות הניתוח החלופי בישראל" – הסכום המפורסם באתר האינטרנט של המבטח לניתוח שאותו החליף הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל; במקרה שבו הניתוח אינו מוזכר באתר האינטרנט של המבטח, תחושב עלות הניתוח לפי עלות ניתוח דומה המופיע באתר החברה, מאותו סדר גודל, סוג ניתוח, מורכבות ניתוח, לפי החלטת רופא החברה ולפי אמות מידה רפואיות מקובלות.

הוצאות שעלותן תכוסה במלואה, בכפוף לסעיפים 3.1 עד 3.3:

3.4.1 שכר הרופא המבצע את הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל.

3.4.2 כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח מחוץ לישראל ולאשפוז הנלווה לביצועו, כולל הוצאות אשפוז עד לתקרה של 40 ימים, כולל אשפוז טרום ניתוח או טרום הטיפול מחליף הניתוח, ובכלל זה שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז או הטיפול מחליף הניתוח והאשפוז, בדיקות פתולוגיות, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח או הטיפול מחליף הניתוח.

3.4.3 עלות הטסת גופת המבוטח אם נפטר בעת שהותו מחוץ לישראל לצורך הניתוח.

3.4.4 הוצאות טיסה לניתוח מורכב – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולמלווה; במקרה שהמבוטח קטין – כיסוי מלא לטיסות במחלקת תיירים למבטח ולשני מלווים.

3.4.5	הוצאות נסיעה יבשתיות בשל ניתוח מורכב של המבוטח ומלוויו, משדה התעופה לבית החולים מחוץ לישראל וחזרה.	
3.4.6	הוצאות בשל מסים, היטלים והמרת סכום הביטוח למטבע חוץ.	
3.5	הוצאות שעלותן תכוסה עד לגובה הכיסוי המפורט לצידן, בכפוף לסעיפים 3.1 ו- 3.2 :	
3.5.1	הוצאות שתי התייעצות בקשר לניתוח עם רופא מומחה בישראל – עד 1,000 ₪ לכל התייעצות.	
3.5.2	הוצאות התייעצות אחת בקשר לניתוח עם רופא מומחה מחוץ לישראל - עד 4,000 ₪.	
3.5.3	הוצאות הטסה רפואית במקרה שבו עלה צורך רפואי – עד 100,000 ₪ . אם החברה תיאמה את ההטסה הרפואית המיוחדת – כיסוי מלא.	
3.5.4	הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע הניתוח בישראל במקרה שלא ניתן להטיס את המבוטח מחוץ לישראל מסיבות רפואיות - עד 200,000 ₪.	
3.5.5	הוצאות עלות שתל שהושתל במהלך ניתוח - עד 60,000 ₪.	
3.5.6	הוצאות נוספות בשל ניתוח מורכב:	
3.5.6.1	עלות שכירת שירותי אחות פרטית לתקופה שלא תעלה על 8 ימים בתוך 30 ימים ממועד ביצוע הניתוח המורכב - עד 650 ₪ ליום.	
3.5.6.2	הוצאות שהייה מחוץ לישראל הנחוצות לצורך ניתוח מורכב - עד 1,000 ₪ ליום למבוטח ולמלווה אחד או במקרה שבו המבוטח הוא קטין - עד 1,500 ₪ ליום למבוטח ולשני מלווים, לתקופה מרבית של 30 ימים.	
3.5.6.3	הוצאות טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, התעמלות שיקומיות ושיקום כושר הדיבור, שיבוצעו בישראל, שנדרשו עקב ניתוח מורכב מחוץ לישראל ושבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח המורכב – עד 250 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים לכל סוגי הטיפולים לכל היותר, ובלבד שהמבוטח נושא בהשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות הטיפול.	
3.5.6.4	הוצאות למסד החלמה המוכר בישראל לאחר ניתוח מורכב, בתוך תקופה של 3 חודשים ממועד ביצוע הניתוח המורכב ולמשך תקופה של עד 10 ימים רצופים, אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי החליט על הצורך בהחלמה – עד 400 ₪ לכל יום.	
3.5.6.5	הוצאות לבדיקות והתייעצויות רפואיות מחוץ לישראל, שדרש הרופא המנתח, ושבוצעו לאחר ביצוע הניתוח המורכב וכהמשך ישיר ממנו, ובלבד שבוצעו בתוך 90 ימים מיום ביצוע הניתוח – עד 100,000 ₪ .	
3.6	נפטר המבוטח בתוך 14 ימים ממועד ביצוע הניתוח וכתוצאה ישירה מהניתוח, תשלם החברה למוטב, שאותו קבע המבוטח, או אם לא נקבע מוטב, ליורשיו החוקיים של המבוטח, פיצוי בגובה 150,000 ₪ .	

4. **תקופת אכשרה:**
ללא תקופת אכשרה לפרק זה.
5. **הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**
- פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל יחריג מכיסוי את המקרים האלה:
- 5.1 מקרה ביטוח שאירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.
 - 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשורים בשיניים או בחניכיים או ניתוחים שמבצעים רופאי שיניים.
 - 5.3 מקרה ביטוח שאירע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או פעילות ישירה בעלת אופי צבאי.
 - 5.4 מקרה ביטוח שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
 - 5.5 מקרה ביטוח שאירע למבוטח השוהה רוב ימות השנה (183 יום) מחוץ למדינת ישראל.
 - 5.6 מקרה ביטוח שאירע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
 - 5.7 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של היריון, לידה, עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה.
 - 5.8 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים האלה:
 - 5.8.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד.
 - 5.8.2 ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל נוסף על כך מבעיות של סוכרת או לחץ דם, או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 5.9 טיפולי רפואה משלימה.
 - 5.10 טיפולים נפשיים.
 - 5.11 השתלת איברים בישראל או מחוץ לישראל, או טיפולים מיוחדים מחוץ לישראל כהגדרתם בפוליסת השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל.
 - 5.12 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
 - 5.13 בדיקות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות בדיקות ופעולות הדמיה כגון CT ו-MRI, אם הן אינן חלק ממהלך הניתוח או מהטיפול מחליף הניתוח.

פרק 5- ניתוחים בישראל מסלול א' - תכנית ביטוח לניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית)

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.7 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.8 **שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

1.10 **"הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח"** - הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האברים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות מקרה הביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי עבור מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש **התייעצויות** בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,000 ₪ לעניין זה יובהר כי **התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו**;

3.2 שכר **מנתח** שבהסדר ניתוח ;

3.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצוע, לרבות:

3.3.1 שכר רופא מרדים.

3.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

3.3.3 ציוד מתכלה.

3.3.4 שתלים.

3.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

3.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

3.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

3.4 **טיפול מחליף ניתוח**; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

- 4. תקופת אכשרה:**
- 4.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.
- 4.2 על אף האמור בסעיף 4.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.
- 5. הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):**
- פרק הניתוחים מסלול שקל ראשון ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:**
- 5.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 5.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 5.3 לניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיקה, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 5.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 5.5 השתלת איברים: לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבטח או השתלת לב מלאכותי.
- כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 5.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 5.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבטח בפעילות בעלת אופי צבאי.
- 5.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 5.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

6.1 **בגין מקרה ביטוח שהינו ניתוח:**

הכיסוי הביטוחי יינתן רק אם בוצע על ידי נותני שירות שבהסדר ניתוח. על המבוטח לקבל את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר ניתוח, את עלות ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הניתוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר. למען הסר ספק, על אף האמור בסעיף התביעות לתנאים הכלליים, חברת הביטוח תשלם בשל ניתוח, לרופא או למוסד רפואי שבו בוצע הניתוח ולפי הסדר ניתוח בלבד.

6.2 **בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח ו/או התייעצויות :**

6.2.1 הכיסוי הביטוחי יינתן בין אם בוצעו על ידי נותן שירות שבהסדר ובין אם על ידי נותן שירות שאינו בהסדר בהתאם למפורט : ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר, המבוטח יבקש את אישור המבטח מראש לכיסוי הביטוחי בגין מקרה ביטוח זה. לאחר קבלת אישור המבטח כאמור, המבטח ישלם ישירות לנותן השירות שבהסדר, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח ו/או ההתייעצויות בגין מקרה הביטוח. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח ישירות לנותן שירות שבהסדר ללא אישור כאמור, יהיה המבטח רשאי להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לסך שהיה משלם המבטח לנותן שירות שבהסדר.

6.2.2 ככל שמקרה הביטוח בוצע על ידי נותן שירות שאינו בהסדר, המבטח ישלם למבוטח או לנותן השירות, על פי בחירת המבוטח, את ההוצאות הרפואיות לשם ביצוע הטיפול מחליף ניתוח ו/או ההתייעצויות בגין מקרה הביטוח **עד לתקרה המפורטת בסעיף הכיסוי הביטוחי בלבד.**

6.2.3 **טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.**

פרק 5- ניתוחים בישראל

מסלול ב'- תכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית)

מיועד למבוטחים בפוליסה הקבוצתית המחזיקים בביטוח משלים של קופות החולים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן.

1. הגדרות:

- 1.1 **בית חולים פרטי** - אחד מאלה:
 - 1.1.1 **בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי**, כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשניו סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - 1.1.2 **בית חולים ציבורי כללי** - כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות בישראל אישרו לאותו ב"ח לספק שירות בחירת רופא בתשלום;
- 1.2 **התייעצות** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.3 **טיפול מחליף ניתוח** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.4 **מרפאה כירורגית פרטית** - מרפאה בישראל, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודת האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 **ניתוח** - פעולה פולשנית - חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.6 **קופת חולים** - כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 1.7 **רופא מומחה** - רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות;
- 1.8 **שתל** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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

1.10 **"הסדר ניתוח/ טיפול מחליף ניתוח"** - הסכם בין חברת ביטוח ובין רופא או מוסד רפואי, ולפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח/ טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים בגין התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, תשלומים לרופא ולמוסד הרפואי, וכן התשלומים בעבור הציוד, האבזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול מחליף ניתוח, ישולמו על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. התחייבות המבטח:

3.1 בקרות מקרה הביטוח ולאחר שהמבוטח יפנה תחילה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן כמפורט בסעיף התביעות (סעיף 7 להלן), המבטח ישפה את המבוטח בשל ניתוח פרטי בישראל רק במקרים הבאים:

3.1.1 שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופות החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם המבטח.

3.1.2 שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם המבטח.

3.1.3 שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח אצל המבטח, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

3.2 בקרות מקרי הביטוח בהם תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל **נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים** (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי תשלום דמי החברה כאמור או ביטול השב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 3.1.2 לעיל, ויראו אותו כמי שחברתו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר. ובכפוף לכך שההליך הרפואי בוצע על ידי נותן שירות שבהסדר לפני העניין. יובהר, כי לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף זה, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.

3.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות

המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן, בהתאם לניתן בביטוח לניתוחים מסוג "מהשקל הראשון", ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי והוראות סעיף 3.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

4.

הכיסוי הביטוחי:

בקרת מקרה הביטוח ובכפוף להתחייבות המבטח כמפורט בסעיף 3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי כדלקמן:

4.1 שלוש **ההתייעצויות** בכל שנת ביטוח אצל רופא שיש לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח. כאשר ההתייעצות מבוצעת באמצעות רופא שאין לגביו הסדר ניתוח/ מחליף ניתוח הכיסוי יינתן עד לתקרה של 1,200 ₪ לעניין זה יובהר כי **ההתייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.**

4.2 שכר **מנתח** שבהסדר ניתוח.

4.3 כיסוי **הוצאות ניתוח** בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית שבהסדר ניתוח; כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות:

4.3.1 שכר רופא מרדים.

4.3.2 הוצאות חדר ניתוח.

4.3.3 ציוד מתכלה.

4.3.4 שתלים.

4.3.5 תרופות במהלך הניתוח והאשפוז.

4.3.6 בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח.

4.3.7 הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).

4.4 **טיפול מחליף ניתוח**; באמצעות רופא שיש לגביו הסדר מחליף ניתוח. כאשר הטיפול מחליף ניתוח מבוצע באמצעות רופא שאין לגביו הסדר הכיסוי יינתן עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל. עלות הניתוח המוחלף בישראל יקבע על פי הסכום המפורט במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה www.fnx.co.il.

כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכויות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הטיפול מחליף הניתוח.

5.

תקופת אכשרה:

5.1 תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות בנוגע להריון או לידה תהיה 12 חודשים.

הגבלות לאחריות המבטח (חריגים):

פרק ניתוחים מסלול שב"ן ללא השתתפות עצמית יחריג מכיסוי את המקרים הבאים:

- 6.1 מקרה ביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח ובמהלך תקופת האכשרה.
- 6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 6.3 ניתוח ו/או טיפול מחליפי ניתוח ו/או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות אסתטיות, קוסמטיקה או תיקון קוצר ראייה באמצעות לייזר, למעט הניתוחים הבאים: א) ניתוח שיקום השד לאחר כריתת השד; ב) ניתוח בריאטרי למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
- 6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים.
- 6.5 השתלת איברים: לעניין זה "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ג-2023.
- 6.6 ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980.
- 6.7 מקרה ביטוח שארע באופן ישיר עקב פעילות מלחמתית, פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בפעילות בעלת אופי צבאי.
- 6.8 מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי.
- 6.9 מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.

תביעות

- 7.1 בנוסף על האמור בסעיף התחייבות המבטח, סעיף 3 לעיל, המבוטח יפנה לקופת החולים בה הוא חבר למימוש זכויותו לכיסוי הביטוחי על פי תנאי השב"ן. לאחר קבלת התייחסות השב"ן לזכויות המבוטח כאמור, המבוטח יודיע למבטח על קרות מקרה הביטוח, וימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו לשם קבלת אישור

המבטח למקרה הביטוח ולזכאותו לכיסוי הביטוחי מתוקף תכנית זו לפני ביצועו.

למען הסר ספק, אין באישור התביעה על ידי השב"ן משום אישור התביעה על ידי המבטח. זכאות המבוטח אצל המבטח תיקבע אך ורק על פי תכנית זו.

7.2 בגין מקרה ביטוח שהינו טיפול מחליף ניתוח:

7.2.1 בעת תביעה בגין טיפול מחליף ניתוח, על המבוטח להמציא למבטח את אישור הרופא המומחה בתחום הניתוח הנדרש, העוסק בפועל בביצוע ניתוחים מהסוג הנדרש שקבע כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ניתוח.

7.2.2 **טיפול מחליף ניתוח אשר מורכב מסדרת טיפולים/פרוצדורות/תתי שלבים, יחשבו כל אלה, כטיפול רפואי אחד.**

8. ברות ביטוח:

המבוטח בתוכנית זו יהיה זכאי לברות ביטוח על פי הגדרתה ותנאיה המפורטים להלן:

8.1 **"ברות ביטוח" - זכאות של המבוטח למעבר מתוכנית זו לתוכנית ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (להלן: "פוליסת שקל ראשון") - כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שאינה פוליסה משלימת שב"ן, המשווקת על ידי החברה באותה העת ברצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה ובכפוף לתנאים המפורטים להלן. בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:**

8.1.1 סיום חברות המבוטח בתוכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתוכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתוכנית שב"ן בקופה אחרת.

8.1.2 מעבר לתוכנית שב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח, בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

8.2 המעבר בין התוכניות יעשה בכפוף לבקשת המבוטח למבטח תוך 60 יום ממועד הודעת קופ"ח על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. ובכפוף לתשלום הפרמיה המלאה בגין תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

8.3 תחילת תקופת הביטוח של תכנית ביטוח לניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל, תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בשב"ן.

8.4 פקעה הזכות הנ"ל כאמור ועקב כך ירצה המבוטח לבטל תכנית זו, עליו להודיע על כך למבטח בכתב והביטול יכנס לתוקף במועד קבלת ההודעה אצל המבטח. המבטח יחזיר למבוטח אך ורק פרמיות אשר נגבו לאחר קבלת הודעת הביטול אצל המבטח.

פרק 6 - שירותים אמבולטוריים

האמור בפרק זה הינו בכפוף לתנאים הכלליים לפוליסה וכן להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בפרק זה על כל תתי פרקיו.

תת פרק 5.1 - בדיקות

1. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה בישראל (אם וכפי שנקבע בצמוד לסעיף הרלוונטי בפרק זה), ביצוע בדיקות ו/או התייעצויות שלא בעת אשפוז כמפורט בתוכנית זו. וזאת במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כהגדרתה בסעיף 6 להלן ("להלן: **"השירותים"**).

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בתכנית זו יינתנו בישראל בלבד, ואם מדובר בשירותים הניתנים באופן דיגיטלי/ און ליין (ON LINE) - בכפוף לכך שנותן השירות והמבוטח שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקורות מקרה הביטוח, תשפה החברה את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית, עד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. גבול אחריות המבטח בשנה קלנדרית, לתת פרק זה - 5.1:
תגמולי הביטוח שישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח כמפורט בסעיף 4 שלהלן, יהיה עד לסכום הביטוח המרבי הנקוב בסעיף הרלוונטי בגין כל מקרי הביטוח בשנה קלנדרית.

4. השירותים:

4.1 בדיקות אבחנתיות ומניעה

המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין בדיקות אבחנתיות ומניעתיות המפורטות להלן וזאת על פי הוראת רופא מומחה בישראל בתחום הרלוונטי.
יובהר כי לא יכוסו במסגרת סעיף זה בדיקות מעקב שגרתי ובדיקות סקר שלא לצורך אבחנת מצבו הרפואי של המבוטח כפי שמפורט במקרה הביטוח בסעיף 1 לפרק זה.

4.1.1 בדיקות אבחנתיות (רשימה סגורה- הכיסוי לא יחול עבור בדיקות נוספות)

4.1.1.1 הדמיה באמצעות אולטרסאונד u.s (לרבות בדיקת דופלר/ דופלקס/ אקו לב), החזר הוצאות למבוטח עד 500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.2 בדיקות באמצעות רנטגן (לרבות בדיקת ממוגרפיה אבחנתית), החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.3 הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת CT (להוציא בדיקת CT PET), החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.4 הדמיה באמצעות MRI לרבות MRA ו-MRE. בנוסף בדיקת MRT ובדיקת CT PET, החזר הוצאות למבוטח עד 3,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.5 בדיקות הולכה עצבית/ פעילות חשמלית המפורטות בסעיף זה בלבד (רשימה סגורה): EEG, EMG, NCT, NCV, א.ק.ג., החזר הוצאות למבוטח עד 1,500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.6 בדיקות מעבדה אבחנתיות (רשימה סגורה): בדיקות דם, שתן, צואה, בדיקות רגישות למזון, בדיקת אלרגיה (PATCH TEST), החזר הוצאות למבוטח עד 500 ₪ לבדיקה ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.7 ככל ותידרש על פי הפניית רופא מומחה בדיקה אבחנתית שאינה מופיעה בסעיפים 4.2.1.1 - 4.2.1.6 הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח, או לקביעת דרכי הטיפול בו, יינתן החזר הוצאות למבוטח ועד לסכום של 4,000 ₪ ובכפוף לגבול אחריות המבוטח לסעיף 4.1.1.8.

4.1.1.8 גבול אחריות המבוטח בשנה קלנדרית לכל הבדיקות האבחנתיות בסעיף 4.2.1: המבוטח ישלם למבוטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין הבדיקות האבחנתיות כמפורט בסעיף 4.2.1 זה, בשיעור של 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מסך של 8,000 ₪ לכל הבדיקות שיבוצעו בשנה קלנדרית ובכפוף לגבול אחריות המבוטח כמפורט בסעיף 3 לעיל.

4.2 שירותים בגין הריון ולאחר הלידה:

גבול אחריות המבוטח בשנה קלנדרית:
המבוטח ישלם למבוטח החזר הוצאות שהוצאו בפועל בגין השירותים כמפורט בפרק זה, עד לסך של 3,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון, למעט הליך הפרייה חוץ גופית.

תנאים מיוחדים

פרק זה יחול גם על מבטח בתכנית זו אשר אינו נושא את העובר ברחמו, וזאת בתנאי שהוא קשור להיריון (בעל זיקה ישירה להריון).

במקרה בו יש מספר מבטחים הקשורים להיריון כאמור בסעיף זה לעיל, ישולם לכל אחד מהם החזר הוצאות ובתנאי שהחזר לא יעלה על סך ההוצאות שהוצאו בפועל עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון ובכפוף לגבול אחריות המבטח לפרק זה.

אם תוגשנה מספר בקשות להחזר על אותו שירות/אותה בדיקה, על ידי מספר מבטחים הקשורים להיריון כאמור לעיל, ההחזר יבוצע לכל מבטח ובלבד שסכום ההחזר הכולל לכל המבטחים בגין אותו שירות / בדיקה, לא יעלה על ההוצאה בפועל של הבדיקה/השירות ובכפוף לגבול אחריות המבטח בפרק זה.

4.2.1 שירותים הניתנים בתקופת טרום הריון:

ביצוע בדיקות לאבחון גנטי טרום הריון - בדיקות דם לבדיקת סיכון רקע למחלות מולדות ולמחלות גנטיות לצורך תכנון משפחה.
החזר ההוצאות בגין כל הבדיקות שיבוצעו טרום הריון יהיה בשיעור של 80% ועד 1,000 ₪ ובכפוף לגבול אחריות לסעיף 4.2.
לא יינתן החזר הוצאות בגין בדיקות אשר מבוצעות בגוף העובר או הילוד לצורך תכנון הריון נוסף.

4.2.2 שירותים הניתנים במהלך ההיריון:

4.2.2.1 סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר - החזר הוצאות עבור סקירה על קולית (U.S) לבדיקת מערכות עובר, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד עד 1,500 ₪ בכפוף לגבול האחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.2 בדיקת שקיפות עורפית - החזר הוצאות עבור בדיקת שקיפות עורפית, תהיה בגובה 80% מההוצאה ועד 1,500 ₪ בכפוף לגבול אחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.3 בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי) - החזר הוצאות עבור בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי), תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 1,500 ₪ בכפוף לגבול אחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.4 בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי") - החזר הוצאות עבור בדיקת מי שפיר עם או ללא ביצוע של בדיקת CMA ("ציפ גנטי"), תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪ בכפוף לגבול אחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.5 בדיקת NIPT - החזר הוצאות עבור בדיקת NIPT, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪ בכפוף לגבול אחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.6 סיסי שלייה - החזר הוצאות עבור בדיקת סיסי שלייה, תהיה בשיעור 80% מההוצאה ועד עד 2,500 ₪ בכפוף לגבול האחריות בסעיף 4.2.

4.2.2.7 כל בדיקה אחרת שאינה מוזכרת בסעיפים 4.2.2.1 4.2.2.6
ונדרשת למבטחת במהלך ההיריון, בכפוף להפניית רופא מומחה-

החזר הוצאות בשיעור 80% מההוצאה ועד 2,500 ₪ . **בכפוף לגבול אחריות בסעיף 4.2.**

4.2.3 פריז:

4.2.3.1 הפרייה חוץ גופית (IVF) - המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות עבור הליך הפרייה חוץ גופית לצורך הולדת ילד הכולל אחד או יותר מהטיפולים הבאים בלבד:

1. שאיבת ביצית
 2. הפריית הביציות במעבדה
 3. החזרת העוברים לרחם
- החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות שהוצאו בפועל ולא יותר מ- 14,000 ₪ לכל ילד ומקסימום עד שלושה ילדים בכל תקופת הביטוח. **יובהר כי לא יינתן החזר בגין נטילת תרופות שידרשו במסגרת ולצורך ההליך.**

4.2.3.2 ייעוץ עם רופא פריז- יינתן החזר בשיעור של 80% ועד 1,000 ₪ עבור כל הריון **ולא יותר מגובה תקרת הכיסוי בסעיף 4.2.3.1 בכל תקופת הביטוח.**

4.2.3.3 הזרעה תוך רחמית (IUI)- המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות עבור הליך הזרעה תוך רחמית **ולא יותר מגובה תקרת הכיסוי בסעיף 4.2.3.1 בכל תקופת הביטוח.**

5. תקופת אכשרה/ המתנה:

- 5.1 ללא תקופת אכשרה לתת פרק זה.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, תקופת האכשרה בנוגע לפרק ג'- שירותים בגין הריון ולאחר הלידה הינה 6 חודשים.

6. חריגים:
בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - ייעוץ ובדיקות יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים האלה:

- 6.1 **התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.**
- 6.2 **התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.**
- 6.3 **התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.**
- 6.4 **התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.**

- 6.5 התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ- 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצבר).
ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נוירולוגית או נוירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
- 6.6 בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.
- 6.7 בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.
- 6.8 בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.
- 6.9 בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית זו.
- כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה אם מקרה הביטוח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:
- 6.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בתוכנית.
- 6.12 אלוהוליסם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 6.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פזיזות ו/או איכפתיות.
- 6.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.

- 6.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכר בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 6.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 6.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 6.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 6.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 6.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 5.2 טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק ליווי רפואי טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות, לפי העניין, בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לפרק התנאים הכלליים בפוליסה.

טיפולים לאחר אירוע רפואי:

1. מקרה הביטוח ומועד קרות מקרה הביטוח בפרק א'

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אגב ניתוח, אשפוז או מחלה קשה, או אירוע רפואי משמעותי אשר אירע לראשונה במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה ואשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה (להלן: "השירותים").

מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. תגמולי הביטוח:

בקרות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל בלבד עבור השירותים, בניכוי ההשתתפות העצמית ועד סכומי הביטוח המרביים וגבולות אחריות המבטח המפורטים בפרק זה.

2.1 סייגים מיוחדים לתשלום תגמולי הביטוח:

2.1.1 המבטח לא ישפה את המבוטח עבור הוצאות בגין שירותים שעדיין לא בוצעו/ ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לשירותים עתידיים, בין אם המבוטח שילם עבורם ובין אם לאו.

2.2.2 המבטח לא ישפה את המבוטח בגין עלויות נלוות לשירותים כגון: דמי שירות בגין תיאום השירות, הקדמת מועד הביצוע, קבלת תוצאות מהירות וכן תוספת עלות לשם שדרוג תנאי קבלת השירות.

3. השירותים:

3.1 רדיותרפיה/ כימותרפיה:

החזר בגין טיפולים אונקולוגיים מסוג רדיותרפיה ו/או כימותרפיה עד לסך של 60,000 ₪ לכל שנת ביטוח.

3.2 קנאביס רפואי:

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בקנאביס רפואי לפי ההתוויות המפורטות להלן ובלבד שבידי המבוטח אישור של הרשויות המוסמכות המתירות לו שימוש בקנאביס רפואי והקנאביס נרכש על פי חוק. תשלום לרופא מורשה להנפקת מרשם לשימוש בקנאביס כנגד קבלה יאושר במסגרת הכסוי להתייעצות עם רופא מומחה כאמור בפרק זה.

ינתן כיסוי לקנאביס רפואי למבוטחים לפי ההתוויות הבאות:

1. למטופלים במחלה אונקולוגית פעילה, או בעת טיפול אנטינאופלסטי פעיל.
2. למטופלים הסובלים ממחלת מעי דלקתית פעילה ומוכחת.
3. למטופלים המאובחנים בטרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

4. למטופלים המאובחנים בפרקינסון.
5. למטופלים חולי אפילפסיה.
6. למטופלים הסובלים מבעיה רפואית חשוכת מרפא ותוחלת חייהם הצפויה, אף אם יינתן להם טיפול רפואי, אינה עולה על שישה חודשים.
7. למטופלים המאובחנים כסובלים מדמנציה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-1,000 ₪ למרשם ועד 6,000 ₪ לתקופת הביטוח.

לכיסוי זה תקופת אכשרה של 90 ימים.

3.3 **טיפול ממוקד במחלת הסרטן :** טיפול בגלי הלם, לייזר גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים וחשמליים לטיפול ממוקד בסרטן. המבטח ישלם את המבטוח בעבור עלות הטיפול לרבות שכר הרופא, החומר המוזרק עלות בית החולים, האביזרים, והציוד הנלווה. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבטוח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-20,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

לכיסוי זה תקופת אכשרה של 90 ימים.

3.4 **בדיקת אונקוטייפ להתאמת טיפול כימותראפי במחלת הסרטן :** המבטח ישלם החזר הוצאות למבטוח בגין ביצוע הבדיקה ובלבד שהמבטוח אובחן במחלת הסרטן **במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה. הזכאות לבדיקה הינה פעם אחת לכל אבחנה של מחלת הסרטן.** **החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 6,000 ₪ לתקופת ביטוח.**

3.5 **חוות דעת שנייה מחו"ל :** המבטח ישלם החזר הוצאות עבור חוות דעת שנייה מחו"ל, לאחר שהמבטוח קיבל חוות דעת ראשונה מרופא מומחה בישראל בגין אבחנה של מחלה לראשונה בתקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה. הזכאות הנה לקבלת חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון: צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, CT, MRI), הפתולוגיה, כימורגיה ואונקולוגיה, לרבות שילובים. **החזר ההוצאה עבור ביצוע חוות דעת שנייה יינתן פעם אחת בלבד עבור כל אבחנה.**

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-7,000 ₪ לשנת ביטוח.

3.6 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקה פתולוגית:** המבטוח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות בגין חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקה פתולוגית.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-4,000 ₪ לשנת ביטוח.

לכיסוי זה תקופת אכשרה של 90 ימים.

3.7 **חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקות הדמיה:**
 המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות בגין חוות דעת שנייה לפענוח של בדיקת הדמיה .
 ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד-3,000 ₪ לשנת ביטוח.

לכיסוי זה תקופת אכשרה של 90 ימים.

4. **חריגים:**
 בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה – פרק א' טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה, יחריג מכיסוי את המקרים האלה:

4.1 **התייעצויות ו/או בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שיגרה, ו/או בדיקות מעקב שאינן עקב מצב רפואי פעיל של המבוטח.**

4.2 **התייעצויות או בדיקות בתחום רפואת שיניים, חניכיים, השתלות ורגנרציה, לרבות רפואת פה ולסת.**

4.3 **התייעצויות או בדיקות בנושא תסמונת הכשל החיסוני (איידס), למי שאינו נשא או חולה במחלה.**

4.4 **התייעצויות או בדיקות בקשר עם הפרעות קשב וריכוז, לקויות למידה, הפרעות קוגניטיביות.**

4.5 **התייעצויות ו/או בדיקות הקשורות באופן ישיר או עקיף למטרות יופי, קוסמטיקה או אסתטיקה, הפחתת משקל ודיאטה, כדוגמת: ניתוחי עיניים לתיקון קוצר ראייה באמצעות ליזר, ניתוחי GASTROPLASTY (בריאטרי) ו/או התייעצויות ו/או בדיקות הנובעות ו/או הקשורות בעודף משקל למיניהם.
 חריג זה לא יחול במקרים הבאים:
 א. אם למבוטח יחס BMI גבוה מ – 36 והוא סובל גם מסכרת וגם מיתר לחץ דם (הכל במצטבר).**

**ב. ייעוצים ו/או בדיקות הנובעים מצורך רפואי, כדוגמת ניתוח שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד מלאה, ניתוח הקטנת חזה מסיבות רפואיות (קיפוזיס מעל 40 מעלות), ניתוח הרמת עפעפיים בעקבות צניחת עפעפיים הפוגעת בשדה הראיה (פתוזיס ו/או מחלה נירולוגית או נירומוסקולרית אחרת) וכיו"ב.
 ג. כיסויים הנקובים במפורש בפוליסה.**

4.6 **בדיקות או ייעוץ לשם התאמה או תחזוקה שוטף של אביזרי עזר רפואיים לרבות: משקפיים, עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורתופדיים וכדומה.**

4.7 **בדיקות שאינן מוכרות על ידי מדע הרפואה ו/או בדיקות המבוססות על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות ו/או בדיקות למטרות מחקר.**

4.8 **בדיקות או התייעצויות בתחום הרפואה האלטרנטיבית, לרבות שירותים הומיאופתיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה ושירותים לא קונבנציונאליים.**

4.9 **בדיקות רפואיות ו/או התייעצויות לצורך מניעת מחלה, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.**

כמו כן, המבטח יהיה פטור מחבותו ולא יהיה אחראי לתשלום תגמולי ביטוח על פי תת פרק זה - פרק א' טיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח אשפוז או מחלה קשה, אם מקרה הביטוח נגרם במשרין או בעקיפין על ידי, או עקב אחד או יותר, מהמקרים הבאים:

- 4.10 הריון ו/או לידה, אי פוריות, אין אונות, עיקור מרצון, למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.
- 4.11 טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט כיסויים הנקובים במפורש בפרק זה.
- 4.12 אלכוהוליזם ו/או צריכת אלכוהול מוגברת וממושכת בעלת אינדיקציה רפואית במבוטח ו/או התמכרות לסמים האסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש לרעה בסמים סינתטיים, פריאון (גז מזגנים), דבק מגע, ממיסים נדיפים, תרופות, שלא עפ"י הוראות רופא ו/או הוראות ההתוויה בחומרים אלו.
- 4.13 ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת, בין שהמבוטח היה שפוי בדעתו ובין אם לאו ו/או נגרם מקרה הביטוח במתכוון ו/או ברשלנות רבתי המלווה ביסוד נפשי מסוג פיזיות ו/או אי איכפתיות.
- 4.14 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי.
- 4.15 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבוטח כספורטאי באופן מקצועי ואשר שכן בצידה ו/או מימון על ידי איגוד ספורט או השתתפות בתחרויות ספורטיביות הכוללות ריצת מרתון, רכיבת אופניים מעל 100 ק"מ, טריאתלון, דואתלון, שחייה מעל 3 ק"מ, תחרויות איש ברזל ודומיהן.
- 4.16 טיסת המבוטח בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 4.17 גלישה אווירית, צניחה, רחיפה, דאייה, סקי וצלילה לעומק העולה על 30 מ'.
- 4.18 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בכוחות הביטחון לרבות משטרה, צבא סדיר, שירות מילואים, צבא קבע, למעט מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונות שהינן בעלות אופי אזרחי.
- 4.19 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של פעולה מלחמתית, צבאית, למעט פעולות איבה של ארגוני טרור.
- 4.20 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של השתתפות פעילה בפעולה משטרתית, הפיכה, מרד ופרעות.

תת פרק 5.3 - התפתחות הילד

1. לצרכי תת פרק זה, "בעיות בהתפתחות הילד" יוגדרו כדלקמן: פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאיחור משמעותי בתפקוד הפונקציונאלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית או מומים בינוניים או קשים של השלד ו/או הפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל. לרבות ליקוי בתחום תפקודי אחד מתחומי התפתחות הילד (מוטורי, תחושי, קוגניטיבי, שפתי, פסיכולוגי/רגשי).

2. מובהר כי הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה, הינו לטיפול בילד (0-18) המבוטח בפוליסה ואינו חל על טיפולים לבני המשפחה ואינו כולל הדרכת הורים.

3. הכיסוי הביטוחי:

3.1 אבחון וטיפול בהתפתחות הילד:

המבוטח יהא זכאי לאבחון וטיפולים, מתוך הסוגים המפורטים להלן לצורך התמודדות עם בעיות בהתפתחות הילד שאובחנו ע"י רופא מומחה בניירולוגית ילדים ו/או רופא מומחה בהתפתחות הילד:

3.1.1 אבחון וטיפול באמצעות קלינאי תקשורת:

האבחון והטיפול יבוצע על ידי קלינאי תקשורת מוסמך מטעם משרד הבריאות, אשר מתמחה בשמיעה, בשפה ובתקשורת, בדיבור ובבליעה וזאת לצורך טיפול, מניעה, ייעוץ והדרכה בנושאים הבאים:
תקשורת, הבנת השפה והשימוש בה, היגוי, שטף הדיבור (גמגום), קול ומוטוריקה של אזור הפה (אכילה ובליעה).
המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הטיפול.
החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מעלות האבחון והטיפול בפועל, עד 2 פגישות אבחון ועד 180 ש"ח לאבחון.
עד 15 טיפולים בכל שנה קלנדארית אך לא יותר מסך של 120 ש"ח לטיפול.

3.1.2 טיפול באמצעות מרפא בעיסוק:

הטיפול יבוצע על ידי מרפא בעיסוק מוסמך מטעם משרד הבריאות, ומטרתו להקנות למבוטח יכולות שיאפשרו לו לתפקד באופן עצמאי ככל ויש עיכוב התפתחותי, בהתאם לנורמות ההתפתחות תלויות הגיל וזאת בתחום המוטוריקה הגסה, המוטוריקה העדינה, הקוגניציה, הוויסות החושי וההתפתחות הרגשית.
המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות שהוצאו בפועל בגין הטיפול.
החזר ההוצאות יהיה בשיעור של 80% מעלות הטיפול בפועל, אך לא יותר מסך של 2,400 ש"ח לשנת ביטוח.

בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והחברה תהיה פטורה מחבותה לפי תת פרק זה:

4.1 הוצאות שהוציא מבוטח עבור שירות החורג מהשירותים המפורטים בתת פרק זה לדוגמא בגין רכישת תרופות, צמחי מרפא וחומרים אחרים שנותן השירות המליץ עליהם לצורך ו/או במסגרת מתן השירות.

4.2 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל או כאשר מדובר בשירותים הניתנים און ליין כאשר נותן השירות והמבוטח אינם שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

תת פרק 5.4 - טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים

תמורת תשלום פרמיה עבור תת פרק טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים, ישפה המבטח את המבוטח או המוטב ו/או ישלם לנותן השירות עבור הוצאות שהוציא, **בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתת פרק זה ובכפוף לתנאים הכלליים בפוליסה זו.**

1. מקרה הביטוח - מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח אשר מחייב, על פי הוראת רופא מומחה בישראל ביצוע טיפולים במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה וכן בהתאם ובכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה **(להלן: "השירותים")**.
מובהר בזאת כי השירותים המפורטים בפרק זה יינתנו בישראל בלבד, ובכפוף לכך שנותן השירות ומקבל השירות שוהים בישראל בעת קבלת השירות.

2. השירותים

2.1 אבזרים רפואיים:

לצרכי סעיף זה יוגדרו אבזרים רפואיים כדלקמן ולא תחול ההגדרה לאבזר בתנאים הכלליים:

המבטח ישתתף בהוצאות המבוטח לאבזר רפואי בכפוף למכתב מרופא מומחה המאשר את הצורך הרפואי באבזר מתוך הרשימה הסגורה שלהלן:
מכשיר אלקטרוני ליישור גב למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד (Ararscol, Nevrogar.)
מכשיר למדידת לחץ דם (אוטומטי או חצי אוטומטי), מכשיר CPAP, מכשיר BPAP, מכשיר שמיעה, מגביר קול לנפגעי לרינגס, מכשיר TNS, פרוטזה חיצונית לשד, רצועות ומכשיר אבדוקציה לתינוקות, עדשות קורטקונוס, שתל קוקולארי, נעלים אורטופדיות, רפואיות בהתאמה אישית ובניה מיוחדת לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים לאחר כריתה חלקית של כף הרגל ו/או שיתוק שרירים, פאה לחולה אונקולוגי, סד גבס קל ומשאבת אינסולין.
ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל עד 5,000 ₪ לכלל האבזרים לשנת ביטוח.

2.2 מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:

שיפוי המבוטח עבור הוצאות שהוציא בפועל כדמי שירות מינוי למשדר קרדילוגי. השיפוי יינתן בתנאי שהמבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי שאובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי שהמבוטח זקוק למשדר על פי אישור רופא מומחה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 180 ₪ לחודש ועד 24 חודשים למקרה ביטוח.

2.3 הזרקת חומרי סיכון למפרקים שהם: אורטוקין, חומצה היאלורונית והזרקות PRP : המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות, בעבור עלות טיפול להזרקת חומרי סיכון למפרקים ו/או לעמוד השדרה, לרבות עלות הטיפול ועלות החומר המוזרק, לטיפול בבעיה רפואית במפרק.

מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף לניתוח ייבחר המבוטח דרך איזה מהמפרקים יתבע את הפוליסה. 20% השתתפות עצמית.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 5,000 ₪ לתקופת ביטוח.

2.4 **טיפול בגלי הלם, לייזר, גלי קול, גלי רדיו ושדות מגנטיים** לריסוק הסתיידויות (לרבות דורבן) וטיפול בכאבי מפרקים לרבות מפרקים בין חולייתיים ורקמות הרכות לרבות טיפול בלייזר למניעת דליפת שתן במאמץ והריסת מיומה ברחם: המבטח ישפה את המבטח בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים), לטיפול בבעיה רפואית. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף ניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 3,000 ₪ לתקופת ביטוח.

2.5 **הזרקות לוורידים הגפיים ו/או טיפול בלייזר בוורידים הגפיים:** במקרה של אי ספיקה של הוורידים והיווצרות דליות המחייבות טיפול רפואי: המבטח ישפה את המבטח, בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים). מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף ניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.

2.6 **הזרקות לטיפול בהזעת יתר או מגרנה:** המבטח ישפה את המבטח בעבור עלות הטיפול לרבות החומר המוזרק והאביזרים הנלווים (אם קיים) לסדרת טיפולים או טיפולים לטיפול בהזעת היתר או במיגרנה, או לכל הטיפול לטיפול בבעיה הרפואית. מובהר כי טיפול שישולם במסגרת הפוליסה בפרק זה לא יכוסה בפרק אחר ולא יהיה כפל תשלום בגין טיפול זה. מובהר כי במקרה בו הטיפול מהווה גם תחליף ניתוח ייבחר המבטח דרך איזה מהפרקים יתבע את הפוליסה.

ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד 4,000 ₪ לתקופת ביטוח.

2.7 **שיפוי שב"ן:** קיבל המבטח טיפול רפואי במסגרת פרק זה במסגרת השב"ן ונדרש לשלם השתתפות עצמית, ישיב המבטח למבטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה, יהא השיפוי שיינתן למבטח בשיעור של 100% מההוצאה ויהיה חלק ממנין הטיפולים מכורח אותו סעיף.

3. **תקופת אכשרה לתת פרק זה תהא 90 יום לסעיפים 2.3-2.6 בלבד.**

4. **חריגים:** בנוסף לסייגים המיוחדים, ההגבלות והחריגים המפורטים בתנאים הכלליים לפוליסה זו, תת פרק זה - **טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים** יחריג מכיסוי ביטוחי את המקרים כמפורט בחריגים בסעיף 4 בתת פרק 5.2

תת פרק 5.5 – טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה

1. המבוטח יהיה זכאי לקבל החזר בגין טיפולי פיזיותרפיה ו/או הידרותרפיה, אשר בוצעו במהלך תקופת הביטוח (להלן: "הטיפולים"), בכפוף לתנאים המפורטים להלן.
2. **הזכאות לכיסוי הביטוח:**
 - המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין טיפולים כמפורט לעיל, בכפוף לתנאים המצטברים להלן ולסעיף החריגים:
 - 2.1 ניתנה לו הפניה בכתב מרופא לקבלת השירותים עקב מצבו הרפואי.
 - 2.2 חלפה **תקופת האכשרה של 3 חודשים** מיום תחילת הפוליסה.
 - 2.3 בטיפול פיזיותרפיה- המטפל הינו מטפל מוסמך, בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה תקפה מטעם משרד הבריאות.
בטיפול הידרותרפיה - בעל תעודת מקצוע בפיזיותרפיה והכשרה בתחום הטיפול במים ממוסד המוכר מטעם האגודה הארצית להידרותרפיה.
3. **הכיסוי הביטוחי:**
 - המבוטח יהיה זכאי להחזר הוצאות עד 16 (ששה עשר) טיפולים בשנה קלנדרית, בין אם הטיפול הנו בגין בעיה רפואית אחת או בגין מספר בעיות רפואיות באותה שנה.
 - ההחזר יהיה בשיעור של 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ועד תקרה בגובה 3,000 ₪ בשנה קלנדרית.
4. **חריגים**
 - בנוסף לסייגים ולחריגים המפורטים בתנאים הכלליים בפוליסה זו, לא יינתן שירות עבור המקרים הבאים והספק ו/או החברה יהיו פטורים מחבותם לפי תת פרק זה:
 - 4.1 השירות לא יינתן בעקבות בעיות התמכרות כלשהן ו/או גמילה מהרגלים (עישון, סמים, אלכוהול וכיו"ב).
 - 4.2 השירות לא יינתן בעקבות הרזיה או בעיות השמנת יתר אלא אם ניתנה המלצה מפורשת בכתב על ידי הרופא המטפל במבוטח, כי קבלת השירות נדרשת לנוכח צורך רפואי ברור.
 - 4.3 קבלת שירותים המפורטים בתת פרק זה מחוץ לישראל.
 - 4.4 קבלת שירותים בבית המבוטח או בספא או בבית מלון, או שיעורי שחיה.
 - 4.5 לא יינתן שירות כאשר קיימת פגיעה בפעילות נותני השירות או בחלק משמעותי ממנה עקב מלחמה, הפיכה, סכסוכי עבודה, מהומות, רעידות אדמה, כוח עליון או כל גורם אחר שאינו בשליטת הספק או החברה.

דף רשימה

תקופת הביטוח: 1.10.2025-30.9.2030

מדד הפוליסה: המדד אשר פורסם ב- 15.9.2025 14654 נק'.

טבלת הפרמיות חודשיות בש"ח

רובד בסיס:

סוג מבטוח	פרמיה חודשית
עובד/ בן זוג/ ילד בוגר מגיל 25	35 ₪
ילד עד גיל 25*	15 ₪

רובד הרחבה:

סוג מבטוח	פרמיה חודשית – מסלול ניתוחים שקל ראשון	פרמיה חודשית – מסלול ניתוחים משלים שב"ן
עובד/ בן זוג/ ילד בוגר מגיל 25	119 ₪	113 ₪
ילד עד גיל 25*	26 ₪	24.5 ₪

הפרמיות צמודות למדד חודשי.

* קיימת הטבה של ילד שלישי ואילך חנים- ההטבה הינה למשך כל תקופת הביטוח, בכפוף להצטרפות הורה אחד ושני ילדים מאותה משפחה לביטוח בריאות קבוצתי זה. ילד הינו עד גיל 25 ובכפוף לכך שהינו רשום בתעודת זהות של לפחות אחד ההורים המבטוח בפוליסה.

הזכאות תיבחן לאורך כל תקופת הביטוח. במקרה בו אחד או יותר מהילדים הפך לבגיר (גיל 25 ומעלה), יגבו דמי ביטוח באופן אוטומטי וללא הודעה מראש עבור ילד אחד או יותר, בהתאמה, שעד למועד זה היו זכאים להטבה, כלומר בשביל לקבל את ההטבה תמיד יהיו שני ילדים (מתחת לגיל 25) עבורם משולמים דמי הביטוח במלואם.

סוכנות מדנס

שלוחת קולקטיב: 03-6380203

וואטסאפ שירות מדנס: 02-8259424

תיבת מייל ייעודית: wissotzky@madan.es

קישור לאתר ייעודי של ויסוצקי:

<http://wtea.madan.es>

**במקרה של תביעה, בירורים ושאלות,
ניתן לפנות למוקד ט4אפ**

*3455

03-7332222