



פוליסה קבוצתית לביטוח בריאות העמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית

מהדורת 2015

פוליסה לביטוח בריאות העמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית

אוקטובר 2015

מבוטחים יקרים,

איילון חברה לביטוח בע"מ, שמחה להצטרפותכם לפוליסת ביטוח הבריאות הקבוצתי ולהציג בפניכם את תכנית הביטוח הכוללת כיסוי לניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות, תרופות, טיפולים חלופיים לניתוח ושירותים נוספים.

כחברה הפועלת תחת המוטו של "אנשים לשרות אנשים" חשוב לנו עד מאוד שביעות הרצון שלכם ונעשה ונפעל בהתאם לעמוד בציפיותיכם.

התכנית החדשה משפרת את יכולתכם ויכולת בני משפחותיכם, להתמודד עם בעיות בריאות בצורה רחבה ומקיפה יותר מהקיים כיום במסגרת החוק לביטוח בריאות ממלכתי, הניתן לכל תושבי מדינת ישראל.

אנו מאחלים לכם בריאות טובה ובמקרה חו"ח שתזדקקו לביטוח, אנו נשרתכם בצורה הטובה ביותר.

בברכת בריאות טובה,
אגף בריאות
איילון חברה לביטוח בע"מ

חלק א' – ריכוז תנאים

הנושא	הסעיף	התנאים
כללי	שם הפוליסה	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתית – עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר)
	שם בעל הפוליסה	עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר)
	הכיסויים בפוליסה	<p style="text-align: center;"><u>מתנת חיים:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - השתלות בארץ ובחו"ל – בכפוף להוראות החוק להשתלות איברים, התשס"ח - 2008 - ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל. - ניתוחים בחו"ל. - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. - ניתוחים נבחרים בארץ (מעקפי לב, מסתמי לב, ניתוחי מוח) ושירותים רפואיים. <p style="text-align: center;"><u>מתנת חיים זהב:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ניתוחים ושירותים רפואיים. - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים. - טיפולים מחליפי ניתוח. - חוות דעת נוספת בחו"ל. - שירותים נוספים: רפואה משלימה. - חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילדת. <p style="text-align: center;"><u>מתנת חיים פלטיניום:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים. - ביקור רופא עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה. - שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה. - עזרה ראשונה ברפואת שיניים. - טיפולים פסיכולוגיים. - מנוי בעת אירוע לב.
תקופת הביטוח	31.3.2025 - 1.4.2015	
המשכיות		<p>א. בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אך לא נופל ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח או תקרת תגמולי הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך, קרי לא יפחתו מאלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית בגין סעיפים אלו, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נחותים יותר.</p> <p>ב. התערופים הינם התערופים שהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה מבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך</p>

הנושא	הסעיף	התנאים
כללי	המשכיות	במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה, למשך 3 שנים ו-10% החל מהשנה הרביעית ואילך, לכל החיים.
	תנאים לחידוש אוטומטי	תקופת ההסכם תהיה ל- 10 שנים החל ממועד תחילת הביטוח כמפורט לעיל. בעל הפוליסה רשאי להאריך את ההסכם והפוליסה בשנה נוספת ורק לאחר מכן בעל הפוליסה או החברה המבטחת יודיעו תוך פרק זמן של 4 חודשים לפני סיום ההסכם ביניהם על רצונם לחדש את ההסכם לתקופות נוספות של 3 שנים נוספות או אי רצונם לחדש ההסכם בתנאים המוסכמים.
	תקופת אכשרה למבוטחים חדשים	פרק ה' - בדיקות ושירותים לנשים בהריון - 6 חודשים.
	תקופת המתנה	פרק ד' - אובדן כושר עבודה כתוצאה ישירה מניתוח - 2 חודשי המתנה.
	השתתפות עצמית	פרק ב' בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית. בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 500 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר שעלותו מעל 500 ₪ לחודש, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
		פרק ד' 20% השתתפות עצמית לכל הכיסויים הבאים: שירותי הסעה באמבולנס, התייעצות לפני ואחרי ניתוח, חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח, הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו, שכר אחות פרטי/ת ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר ניתוח, ימי החלמה, בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה, שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר ניתוח, ניתוחים המבוצעים ע"י רופא שיניים.
		פרק ה' 20% השתתפות עצמית לכל הכיסויים הבאים: התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח) בדיקות אבחנתיות, בדיקות דימות, טיפולים פיזיותראפיים, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, בדיקות לרפואה מונעת, אחות פרטית, בדיקות ושירותים לנשים בהריון.
		פרק ז' חוות דעת נוספת בחו"ל - 20% השתתפות עצמית. פרק ח' רפואה משלימה - השתתפות עצמית של 25%. פרק ט' חבילת שירותים במהלך ההיריון וליולדת - כמפורט בטבלה שבפרק. פרק י' 20% השתתפות עצמית לכל הכיסויים הבאים: התייעצות עם רוקח קליני, בדיקות אבחנתיות, הדמיה ודימות, בדיקות גנטיות מניעיות ולצורך אבחון, טיפולים הידרותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק, טיפולי ושירותי הפריה (למעט מימון לשירותי פונדקאות - השתתפות

הנושא		הסעיף		התנאים				
כללי		השתתפות עצמית		עצמית 25%), ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, הפסקת הריון באמצעות גלולת מייפגין, פסיכולוגיה רפואית, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות, זריקות, אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה.				
				<p>פרק י"א' ביקור רופא עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה - 25 ₪.</p> <p>פרק יד' טיפולים פסיכולוגיים - השתתפות עצמית של 20% לטיפול.</p>				
שינוי תנאים		שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח		במידה וישודרגו הביטוחים המשלימים בקופות החולים, רשאי בעל הפוליסה להתאים / להרחיב / לשנות / לשדרג את הכיסוי בפוליסה כתוצאה משינויים אלו.				
פרמיות		מבנה הפרמיה		משתנה לפי הטבלאות המצ"ב להלן. הפרמיה תהא צמודה למדד המחירים לצרכן.				
גובה הפרמיה החודשית בש"ח								
פרמיה החל מ- 1.04.15								
גיל ילד עד 30	השתתפות אוניברסלית	בודד מעל 80	בודד 60 - 79	בודד עד 60	בית אב מעל 80	בית אב 60-79	בית אב עד 60	מתנת חיים
-	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	-
16.8	22.50	144.38	138.60	82.20	255.63	245.4	163.80	זהב שקל ראשון
15.60	22.50	113.13	108.60	69.00	206.88	198.60	132.60	זהב משלים שב"ן
27.60	22.50	161.88	155.40	105.00	294.38	282.60	223.80	פלטינום שקל ראשון
26.40	22.50	130.63	125.40	91.80	245.63	235.80	192.60	פלטינום משלים שב"ן
פרמיה החל מ- 1.4.2016								
גיל ילד עד 30	השתתפות אוניברסלית	בודד מעל 80	בודד 60 - 79	בודד עד 60	בית אב מעל 80	בית אב 60-79	בית אב עד 60	מתנת חיים
-	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	-
19.32	22.50	173.25	159.39	94.53	306.75	282.21	188.37	זהב שקל ראשון
17.94	22.50	135.75	124.89	79.35	248.25	228.39	152.49	זהב משלים שב"ן
31.74	22.50	194.25	178.71	120.75	353.25	324.99	257.37	פלטינום שקל ראשון
30.36	22.50	156.75	144.21	105.57	294.75	271.17	221.49	פלטינום משלים שב"ן

התנאים								הסעיף	הנושא
בפרמיה החל מ- 1.4.2017									פרמיות
ילד עד גיל 30	השתת אוניברסיטה	בודד מעל 80	בודד 60 - 79	בודד עד 60	בית אב מעל 80	בית אב 60-79	בית אב עד 60		
-	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	22.50	מתנת חיים	
22.22	22.50	199.24	183.30	108.71	352.76	324.54	216.63	זהב שקל ראשון	
21.63	22.50	156.11	143.62	91.25	285.49	262.65	175.36	זהב משלים שב"ן	
36.50	22.50	223.39	205.52	138.86	406.24	373.74	295.98	פלטינום שקל ראשון	
34.01	22.50	180.26	165.84	121.41	338.96	311.85	254.71	פלטינום משלים שב"ן	
1.04.2015 - 1.04.2015								מדד	מדד
בהתאם למפורט בהסכם שבין הצדדים.								תנאי ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה	תנאי ביטול
בהתאם למפורט בהסכם שבין הצדדים.								תנאי ביטול הפוליסה ע"י החברה	
מצב רפואי עליו הצהיר המבוטח בערב קבלתו לביטוח והחברה הודיעה למבוטח כי היא לא תהיה אחראית בגינו במידה ונדרש למלא הצהרת בריאות על פי תנאי ההסכם והפוליסה בין הצדדים.								החרגה בגין מצב רפואי קיים	חריגים וסייגים
מופרט בסעיף הגבלת אחריות החברה בכל אחד מנספחי הפוליסה.								סייגים לחבות החברה	

חלק ב' – תמצית הכיסויים

קיצוז תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	צורך באישור המבטח מראש והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים הפוליסה
מתנת חיים					
קיים	תחליפי	רופא המבוטח	שיפוי / פיצוי	שיפוי - בלתי מוגבל לסעיפים 1.3.1-1.3.4 ונוסף של 1,250,000 ₪ לסעיפים 1.3.5 - 1.3.13. פיצוי - סכום ביטוח \$ 70,000 במקרה של השתלת כליה - \$ 73,333. במקרה של השתלת לב, לב- ריאה, ריאה, לבלב, כבד - \$ 93,333. השלמת הכנסה - 5,800 ₪ אובדן כושר כתוצאה מניתוח לתרומת איבר לקרובו - 5,800 ₪ למשך 6 חודשים.	השתלות בארץ ובחו"ל - בכפוף להוראות החוק להשתלות איברים, התשס"ח - 2008
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	ניתוח / טיפול מיוחד - \$ 220,000	ניתוחים ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	בגין ניתוחים בחו"ל אשר קיימת לגביהם חוות דעת של שני רופאים מומחים כשאחד מהם ברמת מנהל מחלקה / סגן מנהל מחלקה הממליצים לבצע הניתוח בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה. אם המבוטח יבקש לבצע ניתוח בחו"ל ללא התנאים לעיל, תגמולי הביטוח המרביים לניתוח בחו"ל יהיו על פי מחירון שר"פ הדסה.	ניתוחים בחו"ל
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 1,000,000 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לאחר מיצוי סכום הביטוח המרבי הנ"ל סכום ביטוח נוסף בסך של 500,000 ₪	תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	נניתוחים נבחרים בארץ (מעקפי לב, מסתמי לב, ניתוחי מוח) ושירותים רפואיים.	ניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים
מתנת חיים זהב					
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי / פיצוי	שיפוי - מלא פיצוי - כמפורט בהוראות הפוליסה	ניתוחים בארץ
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	שיפוי - כמפורט בפוליסה לבדיקות / טיפולים הנ"ל: בדיקות אבחנתיות, בדיקות דימות, טיפולים פיזיותרפיים, טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, בדיקות לרפואה מונעת, אח/ות פרטי, בדיקות ושירותים לנשים בהריון.	טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	עד 220,000 ₪	טיפולים מחליפי ניתוח
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	עד 1,800 \$	חוות דעת נוספת בחו"ל
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	שיפוי עד 75% מההוצאה, עד 190 ₪, ועד 20 טיפולים בשנה.	שירותים נוספים: רפואה משלימה
קיים	מוסף / משלים	רופא המבוטח	שיפוי	השתתפות המבוטחת על פי הפוליסה לכיסויים הבאים: מכשיר להריון - אולטרה סאונד דופלר ביתי כולל צג, קורס אישי להכנה ללידה, מכשיר ללידה להקלת כאבים בלידה, הקניית הרגלי שינה לתינוקות, יעוץ שינה לתינוקות וטף.	חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת
מתנת חיים פלטיניום					
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	שיפוי - כמפורט בפוליסה לבדיקות / טיפולים הנ"ל: התייעצות עם רוקח קליני, בדיקות אבחנתיות, הדמיה ודימות, בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, טיפולים הידרותרפיים ו/או	ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים

קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	ריפוי בעיסוק, טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים, טיפולי ושירותי הפריה, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין, פסיכולוגיה רפואית, השתתפות בהוצאות בגין אבזרים רפואיים, טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות, שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או התעמלות שיקומית למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia, זריקות, אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה	ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	השתתפות המבוטח/ת - 25 ₪	ביקור רופא עד הבית / המשרד 24 שעות ביממה
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	המבוטח יהיה זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט בפוליסה	שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	עד 180 ₪	עזרה ראשונה ברפואת שיניים
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	השתתפות המבוטח/ת - בכפוף להשתתפות עצמית של 20%	טיפולים פסיכולוגיים
קיים	מוסף	רופא המבוטח	שיפוי	המבוטח יהיה זכאי לקבל במשך תקופת הביטוח ולאחר קרות אירוע לב, שירותים כמפורט בפוליסה	מנוי בעת אירוע לב

הגדרות

הגדרות אלה תקפות ליום פרסומן.

ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח בלא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("השקל הראשון"). ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על-פיו ישולמו תגמולי ביטוח, שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש בין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מ"השקל הראשון".

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים.

הסכומים מופיעים בש"ח וצמודים למדד שפורסם ב - 1.4.2015.

תוכן עניינים

תנאים כלליים פוליסה לביטוח בריאות - עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר).....	10
נספח א' - פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם - תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ונספחיה.....	15
"מתנת חיים"	
פרק א' 1 - השתלות.....	19
פרק א' 2 - טיפולים מיוחדים בחו"ל.....	21
פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל.....	22
פרק ב' - כיסוי בגין תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.....	24
פרק ג' - ביטוח לניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים.....	27
"מתנת חיים זהב"	
פרק ד' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים.....	29
פרק ה' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (זהב).....	34
פרק ו' - טיפולים מחליפי ניתוח.....	36
פרק ז' - חוות דעת נוספת בחו"ל.....	38
פרק ח' - שירותים נוספים.....	38
פרק ט' - חבילת שירותים במהלך ההיריון וליולדת - חבילת הזהב.....	39
"מתנת חיים פלטיניום"	
פרק י' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פלטיניום).....	42
פרק יא' - ביקור רופא עד הבית / המשרד 42 שעות ביממה.....	46
פרק יב' - שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה.....	47
פרק יג' - עזרה ראשונה ברפואת שיניים.....	48
פרק יד' - טיפולים פסיכולוגיים.....	49
פרק טו' - מנוי בעת אירוע לב.....	49
נספח עזרה	
נספח ב' - השירותים (ALS).....	52
נספח ג' - טופס הצטרפות האוניברסיטה העברית.....	53
נספח ד' - *הצהרת בריאות האוניברסיטה העברית.....	57
נספח ה' - ייפוי כוח.....	58
.....	60

תנאים כלליים פוליסה לביטוח בריאות

עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר)

להלן רשימת הנספחים להסכם זה:
נספח א' – הפוליסה וצרופותיה.
נספח ב' – השירותים (ALS).
נספח ג' – טופס הצטרפות.
נספח ד' – טופס הצהרת בריאות.
נספח ה' – יפוי כוח.

1. הגדרות

בהסכם זה תהיה למונחים שלהלן המשמעות המפורטת לצידם להלן, מלבד אם מהקשר הדברים מתחייב אחרת:

- 1.1 "הפוליסה" – הפוליסה הקולקטיבית וצרופותיה, המצורפת כנספח א' להסכם זה:

 - פוליסת "מתנת חיים" הכוללת את פרקים א'-ג' ונספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים ALS, ובהתאם לסעיפי ההצטרפות שמספרם 4.1.1-4.1.5.
 - פוליסת "מתנת חיים זהב" הכוללת את פרקים ד'-ט' (לפי פרק ד' מסלול א' סעיף 1.3.1 או מסלול ב' סעיף 1.3.2) ונספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים ALS, ובהתאם לסעיפי ההצטרפות שמספרם 4.2.1-4.2.5.
 - פוליסת "מתנת חיים פלטיניום" הכוללת את פרקים י'-טו' ונספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים ALS. ובהתאם לסעיפי ההצטרפות שמספרם 4.3.1-4.3.5.

1.2 "תקופת הביטוח" – תקופת תוקפו של הסכם זה, אלא אם בוטל או הסתיים, על פי ההוראות המפורטות והקבועות להלן בהסכם זה.

1.3 "המבוטחים" – כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיפים 3 א'-ה'.

2. הביטוח יחול על המבוטחים כהגדרתם בסעיף 3 לפרק ההגדרות בפוליסה גם אם עקב טעות או מסיבה טכנית כלשהיא נשמט שמם מרשימת המבוטחים שתועבר לחברה המבטחת ובלבד שעם חזרתם לרשימה, תועבר לחברה המבטחת הצהרת בעל הפוליסה והתחייבות לתשלום כל סכום הפרמיה החסר.

3. הכיסוי הביטוחי

החברה המבטחת מתחייבת כי הכיסוי הביטוחי יהיה על-פי הפוליסה. הכיסוי הביטוחי יהיה בתוקף מלא בהתאם להסכם זה בכל מקום בעולם (למעט למבוטח אשר שוהה בחו"ל, באופן רצוף, לתקופה העולה על 183 ימים בשנה או שהוא גר באופן קבוע בחו"ל) ובישראל, וזאת למשך כל תקופת ההסכם או כל הארכה שלה.

4. תנאי הצטרפות

4.1 כל עובד/גמלאי ובני משפחתם המבוטחים במסגרת פוליסה מסוג "ניתוחית" שהתנהלה בהראל, יוכל להצטרף לביטוח זה ללא הצהרת בריאות וללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו וזאת החל מיום 1.4.2015 ולתקופה של 90 יום. לאחר תום תקופה זו

באם יבחר העובד/גימלאי ובני המשפחה לעבור לפוליסה זו בכפוף למילוי הצהרת בריאות בהתאם לנספח ד' בהסכם.

4.2 תינתן לכל עובדי / גימלאי ובני משפחות בעל הפוליסה שעד היום לא הצטרפו, אפשרות להצטרף לביטוח הבריאות על פי האמור בסעיף 4.1, ובכפוף לחריג כדלקמן ב - 6 החודשים הראשונים:

4.2.1 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק א' 1-3 לפוליסה זו, אם ביום ההצטרפות לביטוח, הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה לביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל ו/או ניתוח בחו"ל, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא.

חריג זה חל אך ורק על מבוטחים שעמדה להם הזכות להצטרף בפוליסה הקודמת ובחרו שלא להצטרף. לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה.

4.2.2 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק ב' לפוליסה זו, לגבי מבוטח שביום הצטרפותו לביטוח השתמש או קיבל מרשם לשימוש בתרופה המכוסה עפ"י פרק זה.

חריג זה חל אך ורק על מבוטחים שעמדה להם הזכות להצטרף בפוליסה הקודמת ובחרו שלא להצטרף. לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה.

4.2.3 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק ג' ו-ד', אם ביום הצטרפותו לביטוח, הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה לביצוע ניתוח, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא.

חריג זה חל אך ורק על מבוטחים שעמדה להם הזכות להצטרף בפוליסה הקודמת ובחרו שלא להצטרף. לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה.

4.2.4 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לביטוח על פי פרק ו', אם ביום הצטרפותו לביטוח, הייתה קיימת לגבי המבוטח המלצה לביצוע ניתוח / טיפול מחליף ניתוח, המצוינת ומתועדת בכתב בתיק רפואי או במסמך רפואי כל שהוא.

חריג זה חל אך ורק על מבוטחים שעמדה להם הזכות להצטרף בפוליסה הקודמת ובחרו שלא להצטרף. לכל מי שחריג זה תקף לגביו, יבוטל בכל מקרה חריג זה באופן מלא לחלוטין בתום חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח זה.

4.2.5 תתאפשר הצטרפות לביטוח למספר משפחות חברים בסגל האוניברסיטה העברית שאינם בעלי אזרחות ישראלית ו/או אינם בעלי מעמד של תושב קבע (להלן: "מצטרפים שחוק הבריאות אינו חל עליהם"), לפי רשימה שתועבר על ידי בעל הפוליסה. העמותה מצהירה בזאת כי לכל המשפחות על פי נספח זה קיימת

פוליסה בשם פלטינום קייר. הכיסויים בהסכם זה יחולו לאחר מיצוי הזכויות במסגרת הפוליסה "פלטינום קייר". הכיסויים יהיו תקפים רק לטיפולים בישראל.

4.3 גרעת מבוטחים ושינוי מסלולים

4.3.4 כל המבוטחים כהגדרתם בסעיפים 3 א'-ה' לפרק ההגדרות בפוליסה, יוכלו לגרוע את עצמם מהפוליסה תוך 120 יום מזכאותם או מיום קבלת חוברות הפוליסה, המאוחר מביניהם, ולקבל חזרה את הפרמיה ששולמה באופן רטרואקטיבי.

4.3.5 כל המבוטחים כהגדרתם לפי סעיפים 3 א'-ה' לפרק ההגדרות בפוליסה, שיממשו את סעיף 4.3.4 לעיל ויבקשו להצטרף חזרה לפוליסת "מתנת חיים פלטינום", יוכלו לעשות זאת בכפוף למילוי הצהרת בריאות המצ"ב כנספח ד' להסכם.

4.4 מבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת "מתנת חיים זהב" בתקופת הביטוח הקודמת לפי מסלול א' בפרק ד' סעיף 1.3.1 מה"שקל הראשון" יוכלו לעבור בכל עת למסלול ב' בפרק ד' סעיף 1.3.2 משלים לשב"ן.

4.5 החברה המבטחת תודיע למבוטח במכתב דחייה / קבלה לביטוח, וזאת תוך 30 יום מהמועד בו חתם המבוטח ע"ג טופס הבקשה להצטרף לביטוח ולאחר קבלת כל המסמכים הדרושים לחברה המבטחת. היעדר הודעה מעבר לתקופה של 30 יום כאמורלעיל כמותה כאישור החברה המבטחת לקבלת המבוטח לביטוח בכיסוי מלא וללא החרגות.

4.6 כל מי שעונה על ההגדרה בסעיף 28 לפרק ההגדרות בפוליסה, יצורפו לביטוח ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת אכשרה ו/או בתקופת המתנה, ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח, ללא סייג רפואי קודם כלשהו.

4.7 מבוטחים שייולדו להם תינוקות במהלך תקופת הביטוח, יצורפו אוטומטית לפוליסה וזאת על פי היקף הכיסוי הקיים להורה/ים המבוטח/ים. במקביל יש לדווח עליהם בקבצים המדווחים למבטח.

חובות בעל הפוליסה

4.8 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

א. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.

ב. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

ג. לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של העובד, המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת

4.9 סעיף 4.8 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

א. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים 3 שנים לפחות לפני מועד חידושה.

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

5. א. בתום ההסכם ובכל במקרה של ניתוק יחסי עובד מעביד מכל סיבה שהיא, יהיו זכאים המבוטחים להמשיך להיות מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית אישית המקבילה לפוליסה הקבוצתית בחברה המבטחת, שהיקף הכיסוי בה הקרוב ביותר, אך לא נופל ממנה בסעיפים הבאים: סכום הביטוח או תקרת תגמולי הביטוח, הגדרת מקרה הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת ההמשך, קרי לא יפחתו מאלו הקבועים למבוטח בפוליסה הקבוצתית בגין סעיפים אלו, אלא אם כן המבוטח ביקש כי תנאי פוליסת ההמשך, כאמור, יהיו נחותים יותר.

ב. התעריפים הינם התעריפים שהיו קיימים אצל החברה המבטחת באותו מועד, ושאינם גבוהים מדמי הביטוח הנהוגים אצל החברה המבטחת בפוליסה עפ"י סעיף א' לעיל, וברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה ללא חריגים כלשהם, לרבות החמרה במצב רפואי במהלך תקופת הביטוח וללא סייג רפואי קודם כלשהו, ויהיו זכאים להנחה בגובה 30% מהתעריף לביטוח בפוליסה דומה, למשך 3 שנים ו-10% החל מהשנה הרביעית ואילך, לכל החיים.

ג. החברה המבטחת תפנה בכתב לכל מבוטח, ותציע לו את אפשרות המעבר לפוליסת המשך בתוך 120 ימים ממועד ניתוק יחסי עובד/מעביד כאמור ותאפשר לו לבחור במעבר לפוליסת ההמשך. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. כמו כן, למבוטח שיפנה למבוטח תוך 120 יום ממועד הפסקת הביטוח, תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח. קרי, המבטח חייב לשלוח הודעה בכתב על הפסקת הביטוח למען המבוטח, והמבוטח תוך 120 יום רשאי להחליט על בחירה במעבר לפוליסת ההמשך ממועד קבלת ההודעה של המבטחת במענו.

ד. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי זו, לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבוטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.

6. אחריות

6.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לרופא, רופא מנתח, רופא

מרדים, מנתח שברשימה, בית חולים או כל נותן שרות אחר ולא עקב מעשה או מחדל של הנ"ל.

6.2 פוליסה זו איננה מהווה תחליף לפוליסת נסיעות לחו"ל. במידה ואירע מקרה ביטוח בחו"ל השייך / המכוסה במסגרת פוליסת הנסיעות לחו"ל שעשה המבוטח, הוא יכוסה במסגרת ביטוח נסיעות לחו"ל. במידה ועקב מקרה הביטוח שארע בחו"ל ומכוסה במסגרת ביטוח הנסיעות לחו"ל שעשה המבוטח, יהיה צורך בטיפול המשך בארץ המכוסים על פי פוליסה קבוצתית זו, הם יכוסו בהתאם לתנאי הפוליסה ורק לאחר מיצוי ביטוח נסיעות לחו"ל של המבוטח.

נספח א' – פוליסת בריאות קולקטיבית לעובדי האוניברסיטה

העברית ובני משפחותיהם

תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה ונספחיה

1. מבוא

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תבטח החברה בפוליסה קולקטיבית את המבוטח, תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות מוכרות, בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים להלן, בגבולות אחריות החברה ובלבד שהסכום המרבי אותו תשלם החברה המבטחת לא יעלה על סכום הביטוח, הכול בכפוף וכאמור בפוליסה והסכם זה.

2. הגדרות

2.1 בהסכם זה יהיו, למונחים שלהלן הפירוש שלצידם:

- | | |
|-------------------|---|
| 1. "החברה המבטחת" | איילון חברה לביטוח בע"מ |
| 2. "בעל הפוליסה" | עמותה לרווחה ותרבות לעובדי וגמלאי האוניברסיטה העברית (ע"ר) שמספרה 580545903 |

3. המבוטחים הינם:

- | | | |
|----|----------------|---|
| א. | "מבוטח קיים" | מי שבמועד הצטרפותו לביטוח המקורי או לביטוח זה, הינו עובד/ת / גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן או בת זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח. |
| ב. | "מבוטח חדש" | מי שלא היה במועד ההצטרפות לביטוח עובד/ת/גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" והנו עובד חדש ו/או בן/ת זוג חדש (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, שגילם עד 30 בתאריך תחילת הביטוח, אשר מבקשים להצטרף. וכן מי שבמועד ההצטרפות לביטוח הנו עובד/ת/גמלאי/ת אצל "בעל הפוליסה" ו/או בן/ת זוג (ובכלל זאת ידוע/ה בציבור) ו/או ילדיהם, לרבות ילדים חורגים ומאומצים, אשר בחרו שלא להצטרף לפוליסה הקודמת. ילד שהיה מבוטח ועבר את גיל 30 – הפוליסה הקבוצתית תמה לגביו יכול להמשיך בפוליסה פרטית ולפי התנאים שיהיו מקובלים אצל המבטח ואצל סוכן הביטוח. |
| ג. | "פוליסה קודמת" | פוליסות לביטוח רפואי קבוצתי ופרטי, על כל רובדיהן, נספחיהן ותוספותיהן, אשר התנהלו באיילון חברה לביטוח בע"מ. למען הסר ספק, יצוין כי כל המבוטחים שבטוחו במסגרת פוליסות הבריאות הפרטי והקבוצתי של עובדי האוניברסיטה העברית ובני משפחותיהם, אשר התנהלו בהראל חברה לביטוח בע"מ, על כל רובדיהן, נספחיהן ותוספותיהן. |

(להלן: "הפוליסה הקודמת" / "ביטוח מקוריי") לרבות עובדים / גמלאים חדשים, בני/ות זוג חדשים וילדיהם כהגדרתם בסעיף 3 א' - ב' לעיל, יצורפו לביטוח, ברצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות ו/או בתקופת המתנה ו/או תקופות אכשרה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת.

ד. "גימלאי" כל מי שעבד / עובד באוניברסיטה העברית ויצא או ייצא לגמלאות.

4. "המועד הקובע" 01.04.2015

5. "פרמיה" דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה המבטחת לפי תנאי פוליסה זו.

6. "תקופת המתנה" תקופה המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה ואשר במהלכה לא תהא על החברה המבטחת החובה לשלם למבוטח תגמולי ביטוח

7. "המדד היסודי" מדד חודש שפורסם ביום 15 למרץ 2015. כל הסכומים, סכומי הביטוח והפרמיות בפוליסה ובהסכם צמודים למדד זה.

8. "מנתח/מרדים שבהסכם" רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל הנמצא בהסכם עם החברה המבטחת במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה.

9. "מנתח או מרדים אחר" רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל ולחברה המבטחת אין הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים. החברה המבטחת תעשה ככל שביכולתה על מנת שלא לגרוע רופא מרשימת רופאי ההסכם במהלך תקופת הביטוח בלא הסכמת בעל הפוליסה.

10. "בית חולים שבהסכם" מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבתי החולים הציבוריים (שר"פ / שר"ן) ואשר לחברה המבטחת הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.

11. "בית חולים אחר" מוסד רפואי בישראל או בחו"ל המוכר על ידי הרשויות המוסמכות כבית חולים, כולל מסלולי הרפואה הפרטיים בבית החולים הציבוריים (שר"פ/ שר"ן) ואשר לחברה המבטחת אין הסכם התקשרות עימו לצורך ביצוע ניתוחים למבוטחים.

12. "סכום ביטוח" הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל נספח שצורף לפוליסה ו/או בדף פרטי הביטוח.

13. "חוק הבריאות" חוק בריאות ממלכתי, תשנ"ד - 1994.

14. "קופת חולים"
15. "שירותי בריאות נוספים" (שב"נ)
16. "ישראל"
17. "חול"
18. "בית חולים"
19. "בית חולים פרטי"
20. "השתתפות עצמית"
21. "אשפוז"
22. "יום אשפוז"
23. "שנת ביטוח"
24. כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו לרבות התייחסות לחוזרי המפקח הבאים שמספרם: 2004-1487, 2007-1-12, 2009-1-18, 2003/9, 2008-1-6, 2004-20, 2009-1-1. תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט - 2009, המבטח מצהיר שבפרקים הרלוונטיים הינם מנוסחים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח שפורטו להלן. ולא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.
25. "כפל ביטוח"
- היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, יהיה אחראי המבטח, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא הסכום, עד לגובה תקרת תגמולי הביטוח הקבועה בפוליסה הקבוצתית.
- כהגדרתה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי.
- תוכנית למתן שרותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך. וכאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור.
- מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינת אויב.
- מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- בית חולים כמוגדר לעיל המורשה ע"י משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
- חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י הפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו.
- שהייה בבית חולים ציבורי או פרטי, לרבות תרופות ובדיקות הקשורות לניתוח / טיפול רפואי שבוצע.
- יממה של 24 שעות שתחילתן במועד תחילת ביצוע הניתוח. למען הסר ספק, אשפוז יום ייחשב כיום אשפוז לצורך הזכאות בפוליסה.
- תקופה של כל 12 חודשים רצופים שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח.
- כל חוזרי המפקח חלים על הסכם ופוליסה זו - אך הינם תנאי מינימום - ולעולם מה שגובר הוא המופיע בפרק הרלוונטי או בחוזרים אלו והמטיב עם המבוטחים. קרי, החברה מתחייבת כי ההגדרות בפוליסה זו לרבות התייחסות לחוזרי המפקח הבאים שמספרם: 2004-1487, 2007-1-12, 2009-1-18, 2003/9, 2008-1-6, 2004-20, 2009-1-1. תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט - 2009, המבטח מצהיר שבפרקים הרלוונטיים הינם מנוסחים באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזרי הביטוח שפורטו להלן. ולא ייעשה שימוש בחוזרים כפרשנות שסותרת את הפוליסה המטיבה.

26. בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות בין הוראות ההסכם והפוליסה הקודמים לבין הוראות הסכם ופוליסה אלו, יפעלו הסתירות ו/או אי הבהירות ו/או דו משמעות לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה שהצטרף להסכם ולפוליסה זו, תוך הישענות על עיקרון כי ההסכם והפוליסה באו להוסיף על תנאי ההסכם והפוליסה הקודמים, להטיב את תנאי המוטבים שהצטרפו ובעל הפוליסה ולפעול בהגינות ובסבירות.

27. החברה המבטחת מתחייבת לעדכן את בעל הפוליסה ולהתאים את ההסכם והפוליסה לכל הנחיה שפורסמה ותפורסם בעתיד על ידי המפקח על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר בנוגע לביטוחי בריאות ו/או סיעוד קולקטיביים.

28. למבוטחים שהיו מבוטחים בפוליסת בריאות פרטית ו/או פוליסה קבוצתית, בטרם או במהלך הביטוח הקודם או ביטוח זה, יישמר רצף ביטוחי מלא, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופות אכשרה ו/או תקופות המתנה, ללא חריגים כלשהם וללא סייג רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. ולא תועלה שום טענה ביחס להחרגות ו/או סייגים שהיו למבוטחים במסגרת הפוליסה הפרטית / קבוצתית הקודמת שלהם.

29. תביעות של מבוטחים קיימים, שמועד מקרה הביטוח ארע בטרם כניסת הסכם זה לתוקף או הוגשה למבטח הקודם ולא אושרה, למרות שזכאות המבוטח קיימת, יטופלו ויסולקו ע"י החברה המבטחת, אשר תבצע הליך של שיבוב / החזר מול המבטח הקודם. החברה תהיה רשאית להחתיים את המבוטחים ע"ג כל הטפסים הנדרשים ע"מ לבצע את הליך השיבוב / החזר מול המבטח הקודם.

30. נספח ב' להסכם ולפוליסה, השרות SLA מהווה חלק מהותי ותנאי מתלה לקיום הפוליסה וההסכם.

31. ברות הביטוח

למבוטחים היוצאים לשנת שבתון בחו"ל תנתן האופציה לשמור על ברות הביטוח אשר משמעותה הינה כדלקמן: במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי ההסכם והפוליסה. במהלך תקופת ברות הביטוח המבוטח ימשיך לשלם דמי ביטוח חודשיים השווים ל- 25% מדמי הביטוח החודשיים כמפורט בהסכם, אשר היו משולמים על ידו אם היה המבוטח שוהה בארץ. עם שובו של המבוטח ארצה יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבוטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, ללא תקופת אכשרה, ברצף ביטוחי מלא וללא חריג מצב רפואי קודם כלשהו, לרבות החמרה במצב הרפואי במהלך השהות בחו"ל, תוך 90 ימים מחזרתו, וזאת בתנאי שיודיע לחברת הביטוח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהיקף מלא והסדר תשלום דמי הביטוח המלאים כמפורט בהסכם החל ממועד חזרתו ארצה. להסרת ספק, במידה ונקבעו החרגות חיתומיות למבוטחים שמילאו הצהרת בריאות טרם הצטרפותם לביטוח - החרגות אלו יחולו במשך כל תקופת הכיסוי הביטוחי.

“מתנת חיים”

פרקים א' - ג'

לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים SLA

פרק א' 1 - השתלות

1.1 מקרה הביטוח: הינו הגדרת השתלה הרצ"ב.

1.1 הגדרת השתלה: הוצאת איבר מהאיברים: לב, לב-ריאה, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, השתלת קרנית, השתלת מח עצם, לרבות השתלת מח עצם עצמית, אונת כבד, שחלה, מעי, תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי מתורם זר מגופו של המבוטח עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר והשתלת איבר אחר או חלק מאיבר אחר במקומו אשר נלקח מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו או איבר מלאכותי, וכן והשתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי). את ההשתלה רשאי המבוטח לבצע בארץ או בחו"ל ובכפוף לחוק השתלת איברים, התשס"ח - 2008 ולחוזר ביטוח 1-1-2009.

1.1.1 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

1.1.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי, אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח, הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. יובהר כי השתלה חוזרת, תיחשב כמקרה ביטוח חדש.

1.2 מסלול 1 - החברה המבטחת תשפה את המבוטח על תשלומיו בגין השתלה בסכום ביטוח בלתי מוגבל בגין סעיפים 1.3.1-1.3.4 ובסכום ביטוח מרבי נוסף של 1,254,747 ₪ שהוצאות בגין סעיפים 1.3.5 ועד 1.3.31.

1.3 כתשלום בגין השתלה ייראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבוטח. במקרה שיידרש המבוטח לבצע בדיקות הערכה (NOITAUAVE) לצורך השתלה בחו"ל - תכוסה בדיקת הערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

1.3.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ או מחלקת שיקום, עד 90 יום לפני ביצוע ההשתלה ועד 003 יום לאחר ביצועה. לרבות כל ההוצאות הכרוכות בטיפול הרפואי, באשפוז, בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות ולא רק בדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה וגנטיקה שיידרשו, בתרופות ובטיפולים להם נזקק המבוטח.

1.3.3 תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

- 1.3.4 תשלום לצוות המנתח עבור השירותים הרפואיים שינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה.
- 1.3.5 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה של המבוטח, ומלווה במלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה. על אף האמור לעיל במידה והמבוטח הוא ילד מתחת לגיל 21 תכסה החברה המבטחת הוצאות טיסה ושהיה של שני מלווים.
- 1.3.6 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה במחלקת תיירים. כולל ליווי רופא מלווה. לרבות הוצאות העברה יבשתית מלאות של המבוטח ומלוויו משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 1.3.7 תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל, במידה והמושתל הינו ילד, יהיה התשלום עבור שני מלווים.
- 1.3.8 תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה, בארץ או בחו"ל ועד תקרה של 100,380 ₪. ישולם בנוסף לסכומי הביטוח המפורטים בסעיף 1.2.
- 1.3.9 תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.
- 1.3.10 תשלום עבור משתלים מיוחדים רגילים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח.
- 1.3.11 תשלום לכיסוי הוצאות חיפוש אחר תורם להשתלת מח עצמות בסך 501,899₪. ובתנאי שאין מימון להוצאה זו ע"י קופת חולים בה הוא מבוטח, במידה ויש מימון חלקי ושלם ההפרש. כמו כן כיסוי הוצאות לשימוש או השתלת לב מלאכותי עד למציאת תורם.
- 1.3.12 הוצאות הבאת מומחה רפואי מחו"ל לישראל לביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בישראל, במקרה ולא ניתן להטיס את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 1.3.13 הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת שנדרש מהמבוטח להוציא בחו"ל או בארץ עפ"י הוראה רפואית לרבות הוצאות המשך טיפול תרופתי בארץ שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח.
- 1.3.14 השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות**
 בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה, תשלם החברה למבוטח, בנוסף לכל גמלה ולכל פיצוי אחר, לו זכאי המבוטח עפ"י הפוליסה, למעט במקרה של השתלת קרנית, גמלה נוספת שתיקרא "גמלת החלמה" (להלן: "הגמלה") כדלהלן:
 1.3.14.1 סך של 5,822 ₪ לחודש למשך 24 חודש.

1.3.14.2 נפטר המבוטח לאחר ניתוח ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל מייד לאחר פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.

1.3.14.3 גמלת ההחלמה לאחר השתלה, תשולם למושתל גם אם ההשתלה בוצעה בארץ.

1.3.14.4 מבוטח הנמצא באובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח לתרומת איבר לקרובו, יקבל פיצוי חודשי בסך 5,822 ₪ לתקופה מרבית של עד 6 חודשים.

1.4 מסלול 2 – פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות:

סעיף זה כולל כיסוי ביטוחי בעד השתלת איברים כמוגדר בסעיף 1.4.2 להלן. סכום הביטוח הינו \$ 70,000. במקרה של השתלת כליה – סך של \$ 73,333. במקרה של השתלת לב, לב- ריאה, ריאה, לבלב, כבד – סך של \$ 93,333.

1.4.1 מקרה הביטוח –
אבחנה מתועדת להתקיימות השתלת אברים כהגדרתה בסעיף 1.4.2 להלן.

1.4.2 השתלת אברים –
(ORGAN TRANSPLANTATION) לב, ריאה, לב-ריאות, אונת ריאה, כליה, לבלב, כליה ולבלב, כבד, אונת כבד, מוח עצמות, שחלה ומעי.
קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר או ביצוע ההשתלה בפועל מגוף של אדם אחר או על ידי איבר מלאכותי או השתלה עצמית, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר.

1.4.3 תשלום פיצוי בעד השתלת איברים, ייעשה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל המעיד על הצורך בהשתלת איבר, ובטרם ביצוע ההשתלה.

2. הזכאות לכיסוי להשתלות איברים, עפ"י פרק זה, יהא עפ"י סעיף 1.2 או עפ"י סעיף 1.4 עפ"י שיקול דעתו הבלעדי של המבוטח.

פרק א' 2 – טיפולים מיוחדים בחו"ל

1.1 **מקרה הביטוח:** הינו הגדרת הטיפול המיוחד בחו"ל הרצ"ב.

1.1.1 כ"טיפול מיוחד בחו"ל" יחשבו טיפולים רפואיים לרבות ולא רק טיפול בחולי סרטן, מחלות אוטואימוניות ועוד, בחו"ל, שמתקיימים בהם אחד מהתנאים הבאים:

1.1.1 לא ניתן לבצע את הטיפול המיוחד בישראל ו/או סיכויי ההצלחה ו/או סיכויי ההחלמה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע

הטיפול המיוחד בארץ, ו/או הניסיון בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גדול מהניסיון בביצועו בישראל ו/או זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר לביצוע טיפול מיוחד מסוג זה. יחד עם זאת, טיפולים ייחודיים וספציפיים במרכזים מוכרים בעולם לנושאי הסרטן ומחלות ייחודיות, לא יבחנו בקריטריונים המוגדרים ברישא של סעיף זה, אך יכנסו במסגרת פוליסה זו.

1.1.2 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה ורלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

1.1.3 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

1.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלומיו. בגין הוצאות טיפול מיוחד בסכום מרבי של \$220,000.

1.3 תשלום בגין טיפול מיוחד יראו את התשלומים כדלקמן:

1.3.1 כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל. היה והוציא המבוטח תשלומים על פי הסעיפים הנ"ל בישראל, אשר הצורך בהם קשור לטיפול המיוחד, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% נוספים מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד. * למען הסר ספק, סכומי הביטוח ישולמו בנוסף לסכום הביטוח שהוגדר לעיל בסעיף 2.2.

1.3.2 תשלום עבור הבאת מומחה מחו"ל לביצוע הטיפול המיוחד בישראל, אם לא ניתן להעביר את המבוטח מסיבות רפואיות לביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

1.3.3 כמו כן, ישולם בנוסף תשלום עבור טיפולי המשך בחו"ל הנובעים מביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

1.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד מסירת קבלות מקוריות ו/או העתק נאמן למקור ותוך תקופה שלא תעלה על 10 ימים מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי החברה המבטחת לצורך ביצוע התשלום, לרבות מסירת כתב התחייבות לכיסוי ההוצאות לנותן השרות.

פרק א' 3 - ניתוחים בחו"ל

1. מקרה הביטוח: בגין ניתוחים בחו"ל אשר קיימת לגביהם חוות דעת של שני רופאים מומחים כשאחד מהם ברמת מנהל מחלקה / סגן מנהל מחלקה הממליצים לבצע הניתוח בחו"ל, תהיה תקרת השיפוי מלאה. אם המבוטח יבקש לבצע ניתוח בחו"ל ללא התנאים לעיל, תגמולי הביטוח המרביים לניתוח בחו"ל יהיו על פי מחירון שר"פ הדסה.

1.1 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל המכוסה על פי פוליסה זו, תחזיר החברה המבטחת למבוטח את כל הוצאותיו בגין כל הכרוך בניתוח בחו"ל במטבע ישראלי בהתאם לשער המחאות גבוה המפורסם ע"י בנק ישראל שיהיה ידוע ביום התשלום ע"י החברה המבטחת ובהיקף זכאותו של המבוטח על פי האמור לעיל.

1.2 בנוסף לאמור, החברה המבטחת תכסה סכום חד פעמי בסך ההוצאות בגין נסיעות או הוצאות של המבוטח והמלווים הכרוכות בניתוח בחו"ל.

1.3 הטסה רפואית - תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל / מחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל / מחו"ל, כולל ליווי רופא מלווה, ובליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח. למען הסר ספק, יכללו ההוצאות גם את ההוצאות בגין הצוות הרפואי

1.4 כיסוי להוצאות הטסת גופה - החברה המבטחת תכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל.

1.5 החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים, אותם קיבל המבוטח.

1.6 הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

1.7 למען הסר ספק, מובהר בזאת כי טיפול רפואי חוזר או המשכי אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח. למען הסר ספק, ביטוח זה יכלול הוצאות שהיה כגון: הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלות על השוכר (גז, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).

2. חריגים עבור פרקים א' 3-1:

2.1 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לתשלום סכום הביטוח במלואו או בחלקו אם הצורך בהשתלה ו/או בטיפול מיוחד או ניתוח בחו"ל נובע מהתמכרות המבוטח לסמים ו/או אלכוהול, למעט שימוש בסמים עפ"י הוראת רופא.

2.2 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק העלול להיגרם לאדם ממנו נלקח האיבר לצורך השתלתו בגופו של המבוטח.

2.3 למען הסר ספק, מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל והטיפולים והשירותים המכוסים על פי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח וכי החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על פי פוליסה זו.

1. הגדרות:

- 1.1 מקרה הביטוח – תרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.
- 1.2 תרופה – חומר כימי או ביולוגי, שנועד לשם אבחון, טיפול או מניעה של מצב רפואי כלשהו, לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים, לרבות בשל מחלה או תאונה.
- 1.3 טיפול תרופתי – נטילת תרופה על פי הוראת רופא, בצורה חד-פעמית או מתמשכת.
- 1.4 סכום שיפוי מרבי – גובה תגמולי הביטוח המרביים שתשלם החברה המבטחת בגין תרופה ו/או תרופות במהלך כל תקופת הביטוח.
- 1.5 מחיר מרבי מאושר – הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה, בגין תרופה והמשתנה מעת לעת, עפ"י המפורסם ברשות של המדינה הרלוונטית.
- 1.6 חוק ביטוח בריאות ממלכתי – חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994, או כל חוק אשר יחליף אותו.
- 1.7 בית מרקחת – מוסד המורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השרות").
- 1.8 תכשיר מזון רפואי – תכשיר בעל ערך תזונתי שאינו מיועד להזרקה תוך ורידית ואשר רשום בפנקס התכשירים הרשומים כהגדרתו בפקודת הרוקחים (נוסח חדש, התשמ"א 1981).
- 1.9 ויטמינים – 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. הכיסוי:

- א. כל תרופה שאינה רשומה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או בפינ. לא תוחרג או יוחרגו תרופות או טיפולים תרופתיים שיש להם תרופה חלופית או טיפול תרופתי חלופי בסל שירותי הבריאות.
- ב. כמו כן כל תרופה הרשומה בסל שירותי הבריאות שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל התרופות כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח הדורש טיפול בתרופה זו בתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי

2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי EMEA או בקנדה או באוסטרליה או ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או ביפן. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

ג. תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

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

- (1) פרסומי ה-FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex) ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):
(א) עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) - נמצאת בקבוצה I או IIa
(ב) חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B
(ג) יעילות (Efficacy) נמצאת בקבוצה I או IIa
- (5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה - National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:
(א) NCCN
(ב) ASCO
(ג) NICE
(ד) ESMO Minimal Recommendation

ד. תרופת יתום - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות.

ה. תכשיר מזון רפואי ו/או ויטמינים ו/או מינרלים שהצורך בהם הומלץ בשילוב טיפול תרופתי ע"י רופא מומחה לטיפול במחלה של המבוטח.

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

2.2 החברה המבטחת תשפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה.

2.3 הוצאות מוכרות: מוצהר ומוסכם כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד.

לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים, אך לא יחולו על התחייבות קיימת בגמר ביטוח אם המבוטח ממשיך לקחת תרופה ולא ניצל את מלוא סכום הביטוח. למען הסר ספק, החברה המבטחת ביטוח זה חייבת לסיים את מלוא חבותה למקרה ביטוח שארע בתקופתה.

2.4 החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות ולא רק הזרקת התרופה מתן עירו וכדומה בסכום שלא יעלה על 4,517 ₪ לכל סדרת טיפולים.

2.5 חבות החברה המבטחת על פי פרק זה תהיה לפי התנאים להלן:

2.5.1 ההוצאות הוצאו בפועל.

2.5.2 בגין תרופות למחלת הסרטן לא יחויבו המבוטחים בהשתתפות עצמית.

2.5.3 בגין שאר התרופות, החברה המבטחת תשלם את ההוצאות שהוצאו בפועל מעל לסכום השתתפות העצמית למרשם שהינה 502 ₪ לחודש ולא יותר מסכום השיפוי המרבי, אך לכל היותר בעבור 2 מרשמים שונים בהם משתמש המבוטח באותו מועד, עבור כל מרשם נוסף אחר שעלותו מעל 500 ₪ לחודש, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.

2.5.4 בחר המבוטח לקבל תרופה המכוסה עפ"י פוליסה זו באמצעות תוכנית השב"ן (הביטוח המשלים) בה הוא עמית, ושילם במסגרת הביטוח המשלים השתתפות עצמית, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בשווי ההשתתפות העצמית ששילם.

2.6 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 1,003,798 ₪ לסך כל מקרי הביטוח על פי פרק זה. לאחר מיצוי סכום הביטוח המרבי הנ"ל סכום ביטוח נוסף בסך 501,899 ₪. יובהר כי הסכומים על פי סעיף זה מתחדשים/מתמלאים כל 3 שנים.

3. הגבלות לאחריות החברה המבטחת:

3.1 החברה המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו על ידי החברה המבטחת לכל נותן שירות ו/או עקב מעשה או מחדל של נותן השירות.

3.2 סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או ב-FDA או ב-EMEA - הגבוה מביניהם. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי ישולם על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה ב-FDA או ב-EMEA.

3.3 תרופות לטיפולים קוסמטיים ו/או אסטטיים.

3.4 תרופה לטיפול בבעיות שיניים.

3.5 במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בוטימינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות ולמעט המופיע בסעיפים 1.8, 1.9 ו- 2 (ה').

3.6 תרופות ניסיוניות, למעט המופיע בסעיף 2 ג' לעיל

3.7 מקרה ביטוח אליו נקלע המבוטח בעקבות ו/או בקשר עם אחד מאלה:

3.7.1 אלוהולזים ו /או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/ או שימוש בהם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.

3.7.2 מחלות נפש ו/או טיפולים נפשיים.

פרק ג' - ביטוח לניתוחים נבחרים ושירותים רפואיים

1. הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין הוצאותיו לניתוחים נבחרים בארץ, ללא השתתפות עצמית של המבוטח עפ"י התנאים כדלקמן:

2. הגדרת ניתוחים נבחרים:

ניתוחי הלב הבאים: ניתוח מעקפי לב, ניתוח מסתמי הלב.
ניתוחי מוח.

ובכפוף לפרוצדורות הרלוונטיות מתוך הגדרת ניתוח עפ"י סעיף 1.2 פרק ד'.
* למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

3. תגמולי הביטוח:

3.1 שכר מנתח / מרדים ובית חולים:

א. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים שבהסכם, בבית חולים שבהסכם, תהיה תקרת הסכום על פי שר"פ הדסה שבהסכם עם איילון.

ב. בגין ניתוחים בישראל המבוצעים על ידי מנתח/מרדים אחר, בבית חולים אחר, תהיה תקרת השיפוי 150% ממחירי איילון לביצוע ניתוח דומה או מקביל. למען הסר ספק במידה וניתוח לא מופיע ברשימה כלשהי ההתייחסות תהייה לניתוח דומה.

3.2 שירותי הסעה באמבולנס:

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר עפ"י החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס, ללא מגבלה.

3.3 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:

החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ואחת אחרי הניתוח, ותשלום העלות במלואה, או תשפה את המבוטח בסכום זהה לסכום ששולם.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

3.4 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:

החברה המבטחת תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.

3.5 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכימיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל.

* למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

3.6 תותבת – אביזר מושל:

השתל במבוטח תותב כלשהו לרבות תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא, לרבות חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הדבקויות, אלדורם, שתל PSI לחומר גולגולתי, השתלת בלון לכתף (ו/או לאיברים אחרים), יצירת ושימוש במפרקים / משתלים בהתאמה אישית לגופו של המבוטח באמצעות תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI, למעט תותבת שיניים (להלן: תותבת), תשתתף החברה המבטחת בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 55,208 ₪ בלבד לשנת ביטוח, לרבות במקרה השתלת אביזרים רפואיים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים, דיפברילטור תוך גופי ועדשה סקלרית.

* למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

3.7 שכר אח/ות פרטי ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר הניתוח:

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אח/ות פרטי ו/או חדר פרטי, סכום של עד 1,205 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שרותי אח/ות פרטי, תספק הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח.

3.8 פיצוי יומי בעת אשפוז במקרה ניתוח:

החברה המבטחת תשלם למבוטח תשלום בסך 552 ₪ לכל יום אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולמשך תקופת אשפוז שלא עולה על 21 יום.

- החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:
 4.1 מחלות הנובעות משכרות כרונית ו/או שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.
 4.2 חשיפה לזיהום רדיואקטיבי, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית.

"מתנת חיים זהב"

פרקים ד' - ט'

לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים SLA

פרק ד' - ביטוח לניתוחים ושירותים רפואיים

- 1.1 הפוליסה תהא פוליסה לשיפוי מלא של המבוטח בגין הוצאותיו לכל הניתוחים בארץ, ללא השתתפות עצמית של המבוטח עפ"י התנאים כדלקמן:

1.2 הגדרת ניתוח:

כל פעולה פולשנית חדיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות, כולל באמצעות לייזר, גלים אלקטרומגנטיים, חום או קרינה רדיואקטיבית, אשר מטרתה אבחון ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או רפויי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות, או הצטברות, או סתימה או היצרות, במסגרת זו יראו כניתוח גם, אך לא רק, פעולות פולשניות-חדיריות לאבחון או לטיפול, כגון: הראיית אברים פנימיים (ANDOSCOPY - כל סוגי האנדוסקופיות) ובכלל זאת הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח או לפניו ובלבד שקיימת הפנייה מרופא מומחה לביצוע ההדמיה המגנטית לפני ביצוע הניתוח, למען הסר ספק הבדיקה תכוסה ע"י החברה המבטחת גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), קולונוסקופיה, כולל ניתוחים באמצעות אנדוסקופיה כגון: ניתוחי בקע, כיס מרה, תוספתן וכדומה, צנתור - כולל הרחבה באמצעות בלון, צנתור וירטואלי, לייזר, קידוח, קפיץ (STANT) - אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה, מרה, השתלת עור, ביופסיות, ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח עפ"י הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצרכי מניעה בלבד. כמו כן, יכוסה ביצוע ניתוח תוך כדי הדמיה באמצעות מערכת לתהודה מגנטית ו/או רפואה גרעינית וניתוח אלקטיבי בלייזר.

ניתוח מפרק / משתל בהתאמה אישית - תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI ויצירת מפרק / משתל המותאם אישית לגופו של המנותח. שאיבת דיסק מכאנית ללא פגיעה ברקמות הסמוכות בשיטת Hydrocision, בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית.
 * למען הסר ספק, "ניתוח" כולל אמצעי טיפול חדישים המבוצעים כיום או שיבוצעו בעתיד, לרבות טיפולים הבאים כתוספת לניתוח כהגדרתו לעיל.
 * למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא הרלוונטי לעניין מטעם המבוטח.

1.3 תגמולי הביטוח:

1.3.1 מסלול א' - רובד מה"שקל הראשון"

א. בגין ניתוחים בישראל תקרת השיפוי למבוטח הפונה לביצוע הניתוח במסגרת שר"פ הדסה / בית החולים שערי צדק, תהיה תקרת ההסכם של איילון עם שר"פ הדסה.

ב. בגין ניתוחים בישראל, תקרת השיפוי למבוטח הפונה לביצוע ניתוח במסגרת פרטית אחרת, תהיה עד 150% ממחירי איילון לביצוע ניתוח דומה או מקביל.

1.3.2 מסלול ב' – רוברד משלים לשב"ן

החברה המבטחת תשלם ישירות לנותן השרות או תשפה את המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים הקשורים לניתוח והנקובים להלן, לאחר שהמבוטח מיצה את מלוא זכויותיו באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA), במסגרת השב"ן שברשותו. כמו כן מובהר בזאת, כי אי קיום / מימוש נספח ב' להסכם – השירותים (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן. מובהר כי מבוטח שאין ברשותו שב"ן, יכוסה כנקוב לעיל בסעיף 1.3.1 ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן.

החברה המבטחת תשפה מבוטח, בעל שב"ן, ע"פ פרק זה על כל מרכיביו בהחזר מלא ועד תקרה כמפורט בסעיף 1.3.1, לאחר שמיצה את מלוא זכויותיו במסגרת השב"ן שברשותו וזאת לאחר שהחברה המבטחת פעלה עבורו. החברה המבטחת פעלה באמצעות נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA), כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור, ותוך תקופה שלא תעלה על 12 ימי עבודה מיום מסירת כל המסמכים הנדרשים על ידי המבוטח לצורך ביצוע התשלום. מובהר בזאת, כי אי קיום נספח ב' להסכם ולפוליסה – השירותים (SLA), יקנה / יממש כיסוי כנקוב להלן ללא קשר לזכות המוקנית במסגרת השב"ן בהתאם לסעיף זה (1.3.2).

1.3.3 שירותי הסעה באמבולנס:

החברה המבטחת תחזיר למבוטח בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבי"ח ו/או ממנו ו/או העברתו בין בתי החולים לצורך ביצוע ניתוח ו/או קבלת טיפול או שירות רפואי אחר עפ"י החלטת הפרמדיק שנמצא באמבולנס, ללא מגבלה, והכל בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.3.4 התייעצות לפני ואחרי ניתוח:

החברה המבטחת תכסה במלואן הוצאות התייעצות מוקדמת אחת לפני ניתוח ואחת אחרי הניתוח, ותשלום העלות במלואה, או תשפה את המבוטח בסכום זהה לסכום ששלם ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

1.3.5 חו"ד נוספת של רופא מומחה לפני ניתוח:

בנוסף לאמור, תשפה החברה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות חו"ד רפואית נוספת לפני ניתוח אצל רופא שיבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד תקרה של 1,807 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

* למען הסר ספק, החברה המבטחת תשפה את המבוטח בהתאם לאמור בסעיף זה, גם אם בעקבות התייעצות זו, יחליט המבוטח לא לבצע את הניתוח.

1.3.6 הוצאות אשפוז וחדר ניתוח בבית חולים במקרה ניתוח:

החברה המבטחת תשלם למבוטח או לבי"ח שבהסכם תשלום מלא בגין הוצאות האשפוז והניתוח כולל אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ו/או במחלקות ו/או ביחידות מקצועיות מכל סוג שהוא, או תחזיר הוצאות אלו למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע.

1.3.7 הוצאות בגין בדיקה פתולוגית:

החברה המבטחת תשלם ישירות לבי"ח או למעבדה פרטית או תחזיר הוצאות אלה למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור בגין בדיקה פתולוגית לרבות בדיקות פתולוגיות לקביעת טיב הטיפול הכימותרפי הנדרש לחולה, לרבות בדיקות אימונוהסטוכמיות או כל בדיקה פתולוגית אחרת הנדרשת ע"י רופא לאבחון טיב הגידול ממנו סובל המבוטח ו/או אופי הטיפול לו הוא נדרש. כמו כן, תכוסה במלואה בדיקה פתולוגית נוספת בישראל או בחו"ל.
*למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

1.3.8 הוצאות במסגרת הניתוח והאשפוז ו/או לאחריו:

כיסוי מלא להוצאות בגין תרופות בבי"ח בעת הניתוח והאשפוז. כמו כן במידה ובית החולים, המחויב לממן זאת מכוח חוק בריאות ממלכתי, ולא יממן את ההוצאות הנ"ל, החברה המבטחת תשלם ההוצאות ותקבל ייפוי כוח מהמבוטח לתבוע את ביה"ח על הזכאות. ללא קשר לזכאות המבוטח מכורח פרק ב' לעיל.
כיסוי הוצאות בדיקות אבחון ומעבדה בעת הניתוח והאשפוז ו/או אחריו.
כיסוי להוצאות טיפולים פיזיותרפיים ו/או רפיו בעיסוק ו/או טיפולי שיקום – לאחר ביצוע ניתוח, יינתן כיסוי על פי הוראת רופא לטיפולם פיזיותרפיים ו/או רפיו בעיסוק ו/או טיפולי שיקום עד 20 טיפולים לשנת ביטוח עד לסך 276 ₪ לטיפול ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

1.3.9 תותבת – אביזר מושתל:

הושתל במבוטח תותב כלשהו לרבות תומך ווסקולארי (סטנט) מכל סוג שהוא, לרבות חומרי סיכוך המוזרקים לפרקים ו/או חומרים למניעת הדבקויות, אלדורם, שתל PSI לחומר גולגולתי, השתלת בלון לכתף (ו/או לאיברים אחרים), יצירת ושימוש במפרקים / משתלים בהתאמה אישית לגופו של המבוטח באמצעות תכנון ניתוח וירטואלי באמצעות MRI, למעט תותבת שנייים (להלן: תותבת), תשתתף החברה המבטחת בעלות התותבת הנ"ל עד לסך 55,209 ₪ בלבד לשנת ביטוח, לרבות במקרה השתלת אביזרים רפואיים הבאים: קוצב לב ו/או מפרק ירך, השתלת עצמימי שמע מלאכותיים, דפיברילטור תוך גופי ועדשה סקלרית.
*למען הסר ספק, סעיף זה יחול גם שלא לצורך ניתוח.

1.3.10 שכר אחות פרטי ו/או חדר פרטי בעת, לפני ו/או לאחר הניתוח

החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות להעסקת אחות פרטי ו/או חדר פרטי, סכום של עד 1,205 ₪ לכל יום אשפוז, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימי אשפוז. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת. לגבי שרותי אחות פרטי, תספק הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח. ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

1.3.11 מענק חד פעמי בגין הידבקות במחלת ה - AIDS

מבוטח אשר חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 180,684 ₪ ובלבד שהמבוטח לא היה חולה איידס ו/או נשא של הנגיף בטרם תחילת הפוליסה הקודמת.

1.3.12 קצבה חודשית לפיצוי בגין הידבקות בצהבת מסוג הפטיטיס B

מבוטח אשר כתוצאה ישירה מעירו דם ומוצרו אשר ניתן לו במהלך ניתוח ו/או טיפול רפואי, חלה בצהבת מסוג B יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 65,247 ₪, ובלבד שהמחלה התגלתה תוך פרק זמן אשר אינו עולה על 36 חודש ממועד הניתוח והמבוטח לא היה נשא של הנגיף בטרם תחילת הפוליסה הקודמת.

1.3.13 ימי החלמה

בוצע במבוטח ניתוח לב או מח או גב, או השתלה של לב, ריאה, לב-ריאה, לבלב, כליה, כליה ולבלב או כבד או אירוע לב או אונת ריאה או אונת כבד או אירוע רפואי אחר המחייב החלמה (להלן: האירוע המזכה) תשתתף החברה המבטחת בהוצאות ההחלמה, בבית החלמה מוכר ובו רופא, ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או ההשתלה או האירוע כאמור עד לסך של 703 ₪ לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימי החלמה, בכפוף להשתתפות עצמית של 20% ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על ידי רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרלוונטי, בכפוף להצגת חשבוניות מקוריות או העתק נאמן למקור.

1.3.14 מוות כתוצאה מניתוח

במקרה מות המבוטח במהלך ו/או כתוצאה מניתוח המכוסה על פי פוליסה זו, ובתוך 7 יממות מביצוע הניתוח, תשלם החברה המבטחת סכום פיצוי חד פעמי בסך 250,949 ₪. הפיצוי ישולם למי שהמבוטח קבע ובאין קביעה כזו לירשיו החוקיים.

1.3.15 אובדן כושר עבודה כתוצאה ישירה מניתוח

החברה תשלם למבוטח פיצוי חודשי בסך של 3,011 ₪ לחודש, לאחר 2 חודשי המתנה, לתקופה מרבית של 36 חודשים במקרה של אובדן כושר עבודה מלא או זמני או חלקי שנגרם כתוצאה ישירה מביצוע הניתוח, ובכפוף לכך שהמבוטח היה כשיר לעבודה לפני הניתוח וגילו אינו עולה על 67. יובהר כי אובדן כושר עבודה בסעיף זה הוא כתוצאה ישירה מהניתוח ולא כתוצאה ממחלה ממנה סבל המבוטח קודם לניתוח.

1.3.16 שחרור מתשלום פרמיה

החברה המבטחת תשחרר את המבוטח ו/או את בעל הפוליסה מתשלום פרמיה במקרה של אובדן כושר עבודה כאמור בסעיף 1.3.15 לעיל. המבוטח ו/או בעל הפוליסה יהיה משוחרר מתשלום הפרמיה החודשית עבור הביטוח כל עוד יחשב כמי שנמצא במצב של אובדן כושר.

1.3.17 ביופסיות

יכוסו ביופסיות שבוצעו באופן פרטי או יזום ע"י הרופא המטפל, מכל סיבה שהיא, כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור.

1.3.18 בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה MRI, PET, C.T, U.S, קרדיו CT, ENDOSCOPY, CAPSULE WIRELESS, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות במהלך האשפוז:

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה במהלך אשפוז לקראת הניתוח ו/או במהלך הניתוח יהיה המבוטח זכאי לכיסוי מלוא ההוצאה עבור הבדיקות ללא תקרה.

1.3.19 בדיקות אבחנתיות ובדיקות הדמיה (ENDOSCOPY, CT, קרדיו MRI, PET, C.T, U.S CAPSULE WIRELESS, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI) וכל בדיקה אחרת הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, המבוצעות לקראת ניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז אך שלא במהלך אשפוז ו/או לאחר הניתוח:

בוצעה במבוטח בדיקה אבחנתית ו/או הדמיה שלא במהלך האשפוז אך לצורך הניתוח ולשם ביצועו או לאחר האשפוז יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו עד 5,500 ₪ לכל בדיקה לשנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

יובהר כי המבוטח יהיה זכאי לכיסוי עפ"י סעיף זה גם אם הוחלט לאחר מכן לא לבצע את הניתוח בפועל, ובלבד שטרם ביצע הבדיקות נקבע כבר הצורך בניתוח והבדיקה בוצעה לצורך ביצועו.

1.3.20 פיצוי בגין אשפוז כתוצאה ממחלה

החברה המבטחת תשלם למבוטח תשלום בסך של 753 ₪ לכל יום אשפוז כתוצאה ממחלה (לא מניתוח), החל מהיום הרביעי לאשפוז ועד לסך כולל של 10 ימי אשפוז בבית חולים.

1.3.21 טיפול ע"י מקרופאגים

טיפול ע"י מקרופאגים בפצעים פתוחים לאחר ניתוח, כתוצאה מזיהומים ו/או פצעי לחץ ו/או מכל סיבה אחרת. כיסוי בעת שהייה בבי"ח ו/או בבית החלמה ו/או בבית, עד לסך של 10,038 ₪ למקרה.

1.3.22 פיצוי יומי בעת אשפוז במקרה ניתוח

המבטח ישלם למבוטח תשלום בסך של 552 ₪ לכל יום אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח, החל מהיום הרביעי לאשפוז ולמשך תקופת אשפוז שלא תעלה על 21 יום.

1.3.23 ניתוחי חניכיים:

המבטח ישלם החזר למבוטח עבור תשלומי המבוטח לפריודונטי עבור הניתוחים/ הבאים:

- א. בדיקה פריודנטלית עד לסך של 351 ₪.
- ב. הקצעת שורשים עד לסך של 251 ₪ לכל 1/6 פה.
- ג. כריתת חניכיים עד לסך של 1,555 ₪ לכל 1/6 פה.
- ד. ניתוח מתלית כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים עד לסך של 1,807 ₪ לכל 1/6 פה.

ניתוח חניכיים פירושו הקצעת שורשים או כריתת חניכיים או מטלית לגרידת חניכיים או ניתוחי עצם והשתלת חניכיים בתנאי כי קיימת תחלואה פריודנטאלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן, המחייבת בהתערבות כירורגית.
* התשלום בסעיף זה יהיה עד 6 פעמים בתקופת ביטוח.

1.3.24 ניתוחים המבוצעים ע"י רופא שניים:

ניתוחי פה ולסת שאינם קשורים בשניים יכוסו עפ"י פרק זה ויחשבו ניתוח לכל דבר ועניין. מובהר, כי טיפולי שניים שהם המשך ישיר מניתוח שאינו ניתוח המכוסה עפ"י סעיף 1.3.24 לעיל שזכאותו הוכרה, יכוסו גם אם מדובר בטיפול פרוטטיקה ואורתודונטיה עד לתקרה של 15,054 ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.4 תריגים

החברה המבטחת לא תהיה אחראית ולא תשלם עפ"י פרק זה כל תביעה הקשורה ב:

1.4.1 ניתוחים קוסמטיים, או אסתטיים, למעט ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים שהינם המשך לטיפול / ניתוח מבעיה רפואית. לרבות ניתוחים כגון: ניתוח להרמת עפעפיים, במקרה בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מהפרעה בשדה הראייה של המבוטח, ניתוח להקטנת חזה, בו קיים צורך רפואי לביצוע הניתוח הנובע מבעיות אורטופדיות ו/או מחלות עור זיהומיות ושיקום שד לאחר כריתת שד.

1.4.2 טיפולי שניים למיניהם או עקירות שניים, או ניתוחי חניכיים וכל ניתוח הנעשה ע"י רופא שניים, אלא אם כן הוא מהווה המשך ישיר לניתוח שזכאותו הוכרה.

1.4.3 מחלות הנובעות משכרות כרונית ו/או שימוש בסמים, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראת רופא.

1.4.4 חשיפה לזיהום רדיואקטיבי, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית.

1.4.5 איידס, למעט האמור בסעיף 1.3.12.

1.4.6 ניתוח ו/או טיפול ניסיוני.

1.4.7 פגיעה עצמית.

פרק ה' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (זהב)

1. יינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים - ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה:

1.1 התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח):

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה, ללא קשר לניתוח, אצל רופא שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,205 ₪ להתייעצות.

1.2 בדיקות אבחנתיות: (ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרק ג' ו-ד' לעיל התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).

בדיקות אבחנתיות כגון: בדיקות מעבדה (כגון): בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה – אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (MRI), CTC, מיפוי, PET, OCT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, EEG, EMG, תהודה מגנטית פונקציונאלית (FMRI), PAP, ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,520 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. סכום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 15,057 ₪.

בדיקות דימות כגון :

- CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב- מבלי להחדיר צנתר!
- קולונוסקופיה וירטואלית.
- חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה - חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.
- קפסולה למעיים – קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים
Capsule Wireless Endoscopy
- C.T PET - positron emission tomography
- הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות לימפה.
- תהודה מגנטית פונקציונלית - FMRI - Functional Imaging Magnetic Resonance

1.3 טיפולים פיזיותראפיים – (ללא קשר למופיע בפרק ג' ו-ד' בסעיף 1.3.8 ג')
החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי פיזיותרפיה ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח, ולא יותר מ-4,407 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.4 טיפולים רדיותרפיים ו/או כימותרפיים – עד 11,042 ₪ לכל שנת ביטוח.

1.5 טיפול בבעיות התפתחות בילדים – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות בילד אשר התגלו ואובחנו על ידי רופא מומחה להתפתחות הילד ו/או רופא מומחה אחר מטעם המבוטח, אצל ילד מבוטח המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה:

- פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.
- המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפול בבעיות התפתחות כאמור לעיל בשיעור של 80% מעלות הטיפול אך לא יותר מ-120.5 ₪ לטיפול ולא יותר מ-30 טיפולים שה"כ בשנת ביטוח.

1.6 בדיקות לרפואה מונעת

למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני, עד 371 ש"ח לבדיקה, אחת לשנתיים (לכל בדיקה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.7 אחות פרטית - (ללא קשר למופיע בפרקים ג' ו-ד' בסעיף 1.3.11)

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל להעסקת אחות פרטית לצורך שמירה על המבוטח ללא קשר לניתוח (להלן השמירה הפרטית) עד 825 ש"ח לכל יום, לתקופה שלא תעלה על ארבע עשר (14) ימים ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%. השיפוי יעשה כנגד מסירת קבלות מקוריות או העתק נאמן למקור לחברה המבטחת או לחלופין הצהרה של האחיות או אישור של ביה"ח בדבר ביצוע השמירה הפרטית.

1.8 בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

1.8.1 החברה המבטחת תשלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או ססי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה.

1.8.2 השתתפות החברה המבטחת הינה בשיעור 80% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,510 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

1.8.3 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,030 ש"ח לכל היריון.

1.8.4 תוספת לבדיקת מי שפיר - צ"פ גנטי. החברה המבטחת תישא בסכום ביטוח נוסף של 3,011 ש"ח בגין סעיף זה ובכפוף להשתתפות של 20%.

1.8.5 תקופת אכשרה בגין סעיף זה: 6 חודשים למבוטחים חדשים.

1.9 החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלה מקורית או נאמן למקור.

1.10 למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

פרק ו' - טיפולים מחליפי ניתוח

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1 מקרה הביטוח - טיפול מחליף ניתוח שהמבוטח עבר או יעבור.
- 1.2 טיפול חלופי - טיפול רפואי אשר בא להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח.
- 1.3 סכום שיפוי מרבי - גובה תגמולי הביטוח שתשלם החברה המבטחת בגין הטיפול החלופי כאמור בפרק זה להלן.
- 1.4 נותן הטיפול החלופי - רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה.
- 1.5 נותני שירות - נותן הטיפול החלופי ו/או בית חולים או מרפאה.

1.6 למען הסר ספק, הסמכות המאשרת את הזכאות הינה רופא מומחה מטעם המבוטח.

2. התחייבות החברה המבטחת

1. אם יבחר המבוטח הנדרש לעבור ניתוח המכוסה על פי פוליסה זו לקבל טיפול חלופי, תשפה החברה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהן שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המרבי ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:
2. ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת החברה המבטחת הנן כגון: שכר נותן הטיפול החלופי, הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי, הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים, הוצאות אשפוז בבית החולים, שכר רופא מרדים, התייעצויות עם רופאים מומחים לפני ואחרי הטיפול, שירותי הסעה באמבולנס.
3. הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם (1940) אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.
4. נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישוי מתאים.
5. ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה המבטחת תכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן (בסעיף 3 תת סעיף 1).
6. ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי – החברה המבטחת תשפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל ובכפוף לתקרת השיפוי המרבי על פי האמור להלן (בסעיף 3 תת סעיף 1).
7. המבוטח יהיה זכאי לכיסוי בגין טיפולים חדשניים שאינם פולשניים המחליפים ניתוח כגון: טיפולי הזרקות לדליות ברגליים, טיפולי לייזר נמוך עוצמה, טיפולים באלקטרודות מסוג RADIO FREQUENCY, ביצוע פעולה לריסוק אבני כליה באמצעות גלי ה-EXWL, השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפול במחלת סרטן, טיפול חדשני להקלת כאבים במפרק הירך, טיפול לסובלים מכאבים במפרק הירך בשל OSTEOARTHRITIS, הזרקת חומר טבעי בהנחיית אולטרא סאונד בשיתוף אורטופד, HIFU טיפול באמצעות גלי קול בסרטן הערמונית, זריקות יורטוקן לקראת ניתוח ו/או טיפול מחליף ניתוח במפרקים בין היתר עקב פגיעות אורטופדיות ופגיעות ספורט.
8. המבוטח יהיה זכאי לחבילת טיפולים מורחבת בשיטת אפוסתרפיה הכוללת: בדיקת התאמה, מערכת אפוס ובדיקות מעקב ללא הגבלה במשך עד 12 חודשים לאחר בדיקת ההתאמה ועפ"י הצורך. החבילות מתאימות לטיפול בבעיות כגון: קרעי מיניסקוס, קרעי רצועות, פריצות דיסק ובעיות כרוניות כגון הכנה ושיקום בניתוחי החלפת מפרק ואוסטיאוארטריטיס (שחיקת סחוס).

3. סכום השיפוי המרבי

- 3.1 סכום השיפוי המרבי שתשלם החברה המבטחת בגין מקרה הביטוח על פי נספח זה יעמוד ע"ס של 220,836 ₪ (מאתיים ועשרים אלף ₪).
- 3.2 הטיפול החלופי יינתן בישראל או בחו"ל.
- 3.3 לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן הטיפול החלופי לטיפול חלופיים עתידיים.

- 3.4 החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השרות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד ואין לחברה המבטחת כל אחריות בגינה.
- 3.5 החברה המבטחת לא תהיה אחראית לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.
- 3.6 כמו כן, לא תהיה החברה המבטחת אחראית בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שיגרמו למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השרות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שרות שבהסכם או נותני שרות שאינם בהסכם.
- 3.7 בתום 12 חודשים מתשלום הטיפול המחליף ניתוח, במידה והמבוטח עדיין יצטרך ניתוח, לא יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המבוטח בגין הטיפול – מהניתוח.

4. הגבלות לאחריות המבטח

בנוסף לאמור בסעיפים הנ"ל לא ישלם המבטח עפ"י פרק זה:

- 4.1 טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית לרבות טיפולים הומיאופתיים ואקופונקטורה.
- 4.2 טיפולי פיזיותרפיה, וטיפולים כימותרפיים.

פרק ז' – חוות דעת נוספת בחו"ל

1. מקרה הביטוח

מבוטח הזקוק לחוות דעת רפואית נוספת בכל תחום רפואי.

2. הכיסוי

הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

3. סכום הביטוח

"בחו"ל – השיפוי בגין חוות דעת שנייה בחו"ל יהא \$ 1,800 ובהשתתפות עצמית של 20%.

פרק ח' – שירותים נוספים – רפואה משלימה

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 "טיפול אלטרנטיבי" – טיפול במצבים בריאותיים על ידי שימוש בדוגמאות שיטות הטיפול המפורטות להלן, כגון:
- 1.2 "אקופונקטורה" – טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.
- 1.3 "הומיאופתיה" – שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.
- 1.4 "ביו פידבק" – טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידידת של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

- 1.5 "כירורקטיקה" – שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידידו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.
- 1.6 "טיפול לפי שיטת פלדנקייז" – שיטת טיפולית כוללנית העושה שימוש בתנועות גוף והתעמלות ייחודית.
- 1.7 "אוסטיאופתיה" – טיפול בהפרעות של מערכת השלד והשרירים.
- 1.8 "רפלקסולוגיה" – שיטת טיפול ייחודית הנעשית דרך לחיצות בכפות הרגליים.
- 1.9 "שיאצו" – שיטת טיפול ייחודית המאופיינת באמצעות לחץ בעזרת האצבעות.
- 1.10 "היפנוזה" – טיפול בטכניקה המביאה לשינוי מבוקר בקשב.
- 1.11 "נטורופתיה" – שיטת ריפוי אישית על בסיס טבעי.
- 1.12 "ייעוץ דיאטטי" – התאמה אישית של תוכנית לתזונה.
- 1.13 "שיטת טווינא" – טיפול במגע מקומי ומערכתי המשלב מסאז' רקמות עמוק.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו טיפול אלטרנטיבי אשר עבר המבוטח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח יהיה בגובה 75% מההוצאה ועד 190.1 ש"ח לכל טיפול ועד 20 טיפולים לשנת ביטוח.
הזכאות לטיפול הינה כנגד המצאת הפניה של רופא המשפחה או רופא מומחה לקבלת הטיפול המבוקש.

פרק ט' – חבילת שירותים במהלך ההיריון ולילודת – חבילת הזהב

1. הגדרות

בשירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

- 1.1 מכשיר להיריון – מכשיר אולטרה סאונד דופלר ביתי להאזנה לדופק העובר, מאושר ע"י משרד הבריאות הישראלי וה-FDA.
- 1.2 מכשיר ללידה – מכשיר TENS להקלת כאבים בלידה מאושר ע"י משרד הבריאות הישראלי ובעל אישור CE.
- 1.3 אחות מוסמכת – אחות שהוסמכה ואושרה ע"י משרד הבריאות.
- 1.4 מיילדת מוסמכת – מיילדת בעלת הסמכה רשמית של משרד הבריאות.

1.5 מדריכת הכנה ללידה מוסמכת - מדריכה בעלת הסמכה להדריך נשים בקורס הכנה ללידה.

1.6 יועצת שינה מוסמכת - יועצת בעלת הסמכה להדריך הורים בתחום שינה של תינוקות וטף.

1.7 דולה מלווה לאחר לידה מוסמכת - דולה בעלת הסמכה ללוויי לאחר לידה.

1.8 מוקד השירות - מוקד נותן השרות שמספרו 1599-594-595.

1.9 חג - מועדי ישראל שהינם ימי שבתון.

1.10 השתתפות עצמית - סכומים בהם מחויבת המבוטחת לשאת בעצמה כתנאי לקבלת שירותים ע"פ שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם ע"י המבוטחת ישירות לנותן השרות.

2. השירותים

המבוטחת תהיה זכאית לקבל שירותים ע"י אחד מנותני השירות או לשכור את המכשירים, עבור תשלום דמי שירות לנותן השרות באמצעות כרטיס אשראי במוקד השירות, כמפורט להלן.

השירות	תיאור השירות	משך ממוצע של השירות	נותן השירות	זמן לתיאום או השירות או לאספקת המכשיר	השתתפות עצמית (כולל מע"מ)
מכשיר להריון - אולטרה סאונד דופלר ביתי כולל צג	השכרת מכשיר המשמש להאזנה לדופק העובר בבית. הדרכה טלפונית ע"י מיילדת/אחות מוסמכת. מוקד תמיכה טכנית	על בסיס חודשי	הדרכה טלפונית ע"י אחות מוסמכת	אספקה עד שבוע ממועד ההזמנה	95.36 ₪ לחודש
קורס אישי להכנה ללידה	קורס אישי להכנה ללידה בבית המנויה	2 מפגשים של שעתיים וחצי כל אחד	מדריכת הכנה ללידה מוסמכת	תיאום המפגש הראשון ייעשה תוך 3 ימי עבודה	350 ₪
מכשיר ללידה להקלת כאבים בלידה	השכרת מכשיר להפחתת כאבים בלידה. הדרכה טלפונית ע"י אחות מוסמכת או מדריכת הכנה ללידה מוסמכת. מוקד תמיכה טכנית. משלוח בדואר רשום.	משבוע 37 להריון ועד שבוע אחרי הלידה	הדרכה טלפונית ע"י אחות מוסמכת או מדריכת הכנה ללידה מוסמכת	משלוח תוך שבוע ממועד ההזמנה	129.5 ₪

השירות	תיאור השירות	משך ממוצע של השירות	נותן השירות	זמן לתיאום השירות או לאספקת המכשיר	השתתפות עצמית (כולל מע"מ)
הקניית הרגלי שינה לתינוקות	הדרכה להקניית הרגלי שינה נכונים לתינוקות (עד גיל 5 חודשים) בבית המבוטחת	פגישה של כשעה וחצי	יועצת שינה מוסמכת	תיאום הפגישה ייעשה תוך 3 ימי עבודה	149.5 ₪
ייעוץ שינה לתינוקות וטף	פגישת ייעוץ שינה לתינוקות וטף (עד גיל 5 שנים) בבית המבוטחת והמשך ליווי טלפוני ובמיילים	פגישה של כשעה וחצי וליווי במיילים ובטלפון במשך חודש לאחר הפגישה	יועצת שינה מוסמכת	תיאום הפגישה ייעשה תוך 3 ימי עבודה	451 ₪

3. כלי

- 3.1 מעוניינת המבוטחת במכשירים כאמור בשירות זה, תפנה טלפונית למוקד השירות לפי מספר הטלפון המצוין לעיל, תזדהה בשמה, כתובתה, מספר הטלפון בו ניתן להשיג אותה ובמספר תעודת הזהות שלה.
- 3.2 מוקד השירות יתאם עם המבוטחת את מועד אספקת המכשיר לאחר שיוודא כי הפונה היא מבוטחת כהגדרה לעיל, הזכאית לקבל את השירות על פי שירות זה.
- 3.3 תיאום השירות ו/או אספקת המכשיר תיעשה על פי הזמנים המפורטים בסעיף 2, לא כולל סופי שבוע וחגים.
- 3.4 עם תום הטיפול או ההדרכה, תחתום המבוטחת לנותן השירות על טופס ביצוע לפיו היא מאשרת כי נותן השירות ביצע את הטיפול או ההדרכה. במקרה של שכירת מכשיר, תחתום המבוטחת עם קבלת המכשיר על הסכם השכירות לפיו היא מאשרת כי קיבלה את המכשיר וההדרכה ומעוניינת בשכירת המכשיר בהתאם להוראות הסכם השכירות.
- 3.5 סכומי ההשתתפות העצמית צמודים למדד המחירים לצרכן.
- 3.6 במקרה של אי תשלום דמי המנוי על ידי המבוטחת, תהא נותנת השרות רשאית לאסוף את המכשיר מהמבוטחת לאחר שנתנה למבוטחת ולחברת הביטוח הודעה בכתב על כך.
- 3.7 השירותים על פי שירות זה, לא יינתנו במקרים שעל פי שיקול דעתו המקצועי המלא והבלעדי של נותן השירות, הינם מקרים שיכולים לסכן את בריאותה של המבוטחת או של ילדה. לנותני השירות, על פי שיקול דעתם המקצועי המלא והבלעדי, הזכות במקרה שלהערכתם נזקקת המבוטחת לטיפול אחר, שלא לטפל בה.
- 3.8 השירותים אינם כולל הוצאות של המבוטחת בגין רכישת חומרים או מכשירים אשר לא צוינו בשירות כפי שהוגדר בסעיף 2.
- 3.9 במקרה שהמבוטחת תבקש לבטל את פנייתה לקבלת איזה מהשירותים נשוא פרק זה, תודיע על כך המבוטחת למוקד השירות, לפחות 21 שעות לפני מועד מתן השירות. ביטול שיתבצע לאחר מכן יחויב בדמי שירות. במקרה שהמנויה תבקש לבטל את פנייתה לשכור את אחד המכשירים לפי המקרה, תודיע על כך המבוטחת למוקד השירות, לא יאוחר מ-24 שעות ממועד ביצוע ההזמנה. ביטול שיתבצע לאחר מכן יחויב בדמי ביטול

בסך 95.36 ₪.

3.10 מחויבותה של נותנת השרות כלפי המבוטחת בטיפול בהפנייה של מבוטחת לקבלת השירותים תסתיים במוקדם מבין שני האירועים המפורטים להלן :

3.10.1 ביצוע השירות ע"י נותן השירות או במקרה של שכירת מכשיר במועד החזרת המכשיר לחברה.

3.10.2 ביטול הפנייה לקבלת השירות על ידי הודעת המבוטחת למוקד השירות.

3.11 נותנת השרות לא תהא אחראית בכל אופן שהוא לגבי הוצאות שהוציאה מבוטחת עבור שירות החורג מפרק זה ו/או שירותים אשר ניתנו שלא באמצעות נותנת השרות.

3.12 על אף האמור בפרק זה, נותנת השרות לא תהא מחויבת על פי שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי או מפאת כל גורם אחר שלא ניתן לחזותו מראש או שאין באפשרות נותן השרות למנעו.

3.13 הזכות לקבלת השירות על פי פרק זה הינה אישית, ואין המבוטחת רשאית להעבירה לאחרת.

3.14 אספקת המכשיר להיריון תיעשה לבית המבוטחת ואיסופו יבוצע מבית המבוטחת. המשלוחים יעשו ע"י החברה בתשלום של 52 ₪ לכל כיוון. באזורים בהם שירות חברות שילוח או שירות דואר חבילות אינו פועל, יסופק המכשיר לכתובת חלופית שתבחר הלקוחה בו כן פועל שירות חברת השילוח או דואר שליחים.

3.15 אספקת מכשיר ללידה תיעשה באמצעות דואר רשום. החזרת המכשיר לחברה בדואר רשום או במסירה ידנית במשרדי החברה, הינה באחריות המבוטחת.

3.16 השירותי קורס אישי להכנה ללידה, הקניית הרגלי שינה, ייעוץ שינה, יינתנו בבית המנויה, בתיאום עם המנויה. באזורי יהודה, שומרון, רמת הגולן, הערבה ובקעת הירדן יינתנו השירותים בכתובות שתימסרנה למנויות על ידי מוקד השירות, ואליהן יגיעו בעצמן ועל חשבון.

“מתנת חיים פלטיניום”

פרקים י'-טו'

לרבות נספח ב' להסכם ולפוליסה - השירותים SLA

פרק ו' - ביטוח נוסף לטכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים (פלטיניום)

1. יינתנו השירותים הרפואיים הבאים הכוללים- ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה :

1.1 התייעצות עם רוקח קליני

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא המבוטח בפועל בגין שירות של רוקחות קלינית שכולל ייעוץ תרופתי אישי ומבוצע ע"י רוקח, אצל רוקח שייבחר ע"י המבוטח, על פי שיקול דעתו הבלעדי, וזאת עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח ועד לתקרה של 1,204.5 ₪ להתייעצות.

1.2 בדיקות אבחנתיות, הדמיה ודימות

(ללא קשר למופיע בסעיפים הרלוונטיים בפרקים ג'-ה' לעיל התשלום הגבוה מביניהם לבחירת המבוטח).

- אבליציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.

- אבליציות AF – לטיפול בהפרעות קצב.
- שירות רדילוג פרטי – בחירת רדילוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדילוג עם הרופא המפנה.
- בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית – הבדיקות כוללות בדיקות כגון (אך לא רק): בדיקות אנדוסקופיות, גסטרוסקופיה, קולונסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.
- טיפול ביוז רדיואקטיבי לחולי סרטן בלוטת התריס – יוז רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה.
- מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.
- גסטרו קוליני ברוכונסקופיה.

החברה המבטחת תשלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 5,521 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח. כסום הביטוח המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 12,157 ₪.

1.3 בדיקות לאפיין והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה:

כיסוי מלא לכל הבדיקות המבוצעות במעבדה כגון בדיקות שמטרתן בין היתר:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול
- סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
- איתור מקום הגידול.
- הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.
- אבחון מוקדם.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

* וכן כל הבדיקות שיורחבו בעתיד במעבדות השונות, ייכללו בכיסוי זה.

אופן התשלום בגין הבדיקות –

החברה המבטחת תשלם ישירות למעבדה או תשלם למבוטח כנגד חשבונית מקורית או העתק נאמן למקור ועד תקרה של 25,095 ₪.

1.4 בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון

מבוטח יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים וכן מחלות נוספות.

החברה תשלם 80% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 4,015 ₪ לכל תקופת הביטוח.

1.5 טיפולים הידרותרפיים /או ריפוי בעיסוק (ללא קשר למופיע בפרק ה' בסעיף 1.4)

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי הידרותרפיה ועד 12 טיפולים לשנת ביטוח, ולא יותר מ-4,407 ₪ לכל שנת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.6 טיפולים / ייעוצים אונקולוגיים

החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין הוצאות בהן נשא בפועל עבור טיפולים אונקולוגיים כגון: טיפולי רדיותרפיה, ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול בקרינה רדיואקטיבית ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרו מגנטיים, וזאת עד 100,380 ש"ח לכל שנת ביטוח.

1.7 טיפולי ושירותי הפריה

א. החברה המבטחת תשלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תיכנס להריון, ועד לסך של 10,038 ש"ח לכל סדרת טיפולים ולכל היותר עד 5 סדרות.

ב. בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל – השתתפות החברה המבטחת תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,076 ש"ח. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל לרבות טיפול הכולל השתלת ביציות, בכל תקופת הביטוח. כולל תרומת ביצית וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה.

ג. מימון לשירותי פונדקאות – החברה המבטחת תשלם למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול יעשה על ידי הוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010 וזאת עד 25,095 ש"ח לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. למען הסר ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד.

ד. בשמירת ביציות לטווח ארוך – שיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,152 ש"ח.

1.8 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי, כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן.

סכום הביטוח המרבי יהיה 80% אך לא יותר מ- 2,108 ש"ח מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל כיסוי זה יינתן לכל הריון פעם אחת בלבד.

הבדיקות הגנטיות הינן בדיקות אלו:

- סיסטיק פיברוזיס (CF)
- X-שביר (Fragile-X)
- גושה (Gaucher)
- קאנוואן (Canavan)
- פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)
- תסמונת בלום (Bloom)
- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- ניימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין (1A Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)

- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- 3 F.I.S.H. כרומוזומים
- 5 F.I.S.H. כרומוזומים
- קוסטף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA

1.9 הפסקות הריון באמצעות גולת מייפיגין

לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,569 נ"מ (כולל עלות הוועדה) ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.10 פסיכולוגיה רפואית

שירות וליווי פסיכולוגים עבור החולים ובני משפחותיהם, שירותי אבחון וטיפול פסיכולוגי המתאמים למאפייני החולה ומלווה אותם לכל אורכו של התהליך הרפואי ולאחריו בשיתוף פעולה מלא עם הרופא המטפל. החברה המבטחת תשפה את המבטח בסך של 502 נ"מ ליעוץ ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה.

1.11 השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים

החברה המבטחת תשפה את המבטח עבור הוצאות ממשיות שהוציא המבטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא. כדוגמת המפורט (אך לא רק):

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חבישות לחץ, מכשיר שמיעה, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרת, מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין וסד גבס קל. יובהר כי משקפיים יכוסו במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטגימטיזם מעל 7. ההחזר יהיה עבור עדשות בלבד. בנוסף, יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים. המבטח יהיה זכאי להחזר של 80% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 10,038 נ"מ לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

1.12 טיפולים שלא מכוסים בסל הבריאות

המבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עקב מצב רפואי המצדיק טיפולים רפואיים אשר אינם ממומנים ע"י קופ"ח ובלבד שיבוצעו בבתי חולים מוכרים ע"י הרשויות המוסמכות, ואינם לצורך מטרה קוסמטית או אסתטית ואינו ניסיוני. סכום השיפוי המרבי שישולם הוא 10,038 נ"מ לשנת ביטוח, בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.13 שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק ו/או התעמלות שיקומית למבוטח לאחר אירוע מוחי ו/או טיפול ב-amblyopia
החברה המבטחת תשתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) ו/או בעקבות ניתוח ו/או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה, וזאת עד 150.5 ש"ח לטיפול ועד 12 טיפולים.

1.14 זריקות
החברה המבטחת תשתתף בהוצאות בגין זריקות: חומצה הילארונית, אפידורל, וולטרן, קורטיזון, בוטוקס רפואי, וזאת עד 3,011 ש"ח למקרה ובכפוף להשתתפות עצמית של 20% מההוצאה. למען הסר ספק החברה המבטחת תכסה גם את עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן הזריקה..

1.15 אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה
ילד שהנו מבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA, עד לסכום בסך 1,506 ש"ח. הזכאות היא אחת לתקופת ביטוח ובכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

1.16 החזר הוצאות בגין כל הסעיפים המפורטים לעיל יינתן כנגד קבלה מקורית או נאמן למקור.

1.17 למען הסר ספק, בכל סעיף בפוליסה בו קיימת זכות נוספת לכיסוי שקיים בפרק זה, הכיסוי יינתן בנוסף לכיסוי הניתן בפרק זה.

פרק יא' - ביקור רופא עד הבית / המשדר 42 שעות ביממה

המבוטח יהיה זכאי לשירותי ביקור בית של רופא, בתיאום עם מוקד השירות בטלפון *6101, בעלות של 25 ש"ח בלבד.

- מסירת אנמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמבוטח החולה (להלן "החולה") או מבני משפחתו.
- בדיקה גופנית של החולה לרבות שימוש במכשירים המפורטים להלן: סטטוסקופ, לוחדי לשון (שפדלים), פנס, אוטוסקופ, פטיש רפלקסים, מד לחץ דם, קרדיו פון, הכול כפי שיידרש על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- קביעת אבחנה רפואית.
- בדיקת א.ק.ג על ידי קרדיו-ביפר על פי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- קבלת תרופות ראשוניות, הכול לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- קבלת מרשם לתרופות לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- הפנייה להמשך טיפול לרופא המשפחה/לרופא ילדים, המטפל בחולה באופן שוטף (ו/או לרופא מומחה אחר), לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- הפניית החולה לחדר מיון בבית חולים, לפי שיקול דעתו המקצועי של הרופא.
- מתן תעודה רפואית.
- פינוי חירום באמבולנס - במקרה שהרופא שבדק את החולה בעקבות קריאתו לקבלת

השרות, יחליט על פינוי באמבולנס, ישלם נותן השרות למבוטח את סכום הפינוי באמבולנס ששולם על ידו.

- בחר החולה לקבל את השירות במוקד הרפואי, יגיע החולה למוקד הרפואי בכוחות עצמו ועל חשבונו.

השירות יינתן 24 שעות ביממה כל השנה בכל רחבי הארץ ובזמניות של שעתיים ממועד הודעת המנוי. הרופא יהיה מצויד בצויד ובתרופות לטיפול בסיסי בבית המבוטח ובסיומו של הביקור יונחה המבוטח ע"י הרופא לגבי המשך טיפול. במידת הצורך ישאיר הרופא אצל המבוטח תרופות הנדרשות לטיפול לתקופה של 24-48 שעות לפי הצורך.

נוהל קבלת שירות:

בפנייתו הראשונה של המבוטח לנותן השירות במוקד השירות יאומתו פרטיו וזכאותו לשירות זה ויקבל הסבר מפורט בדבר השירות ואופן השימוש בו. כמו-כן יערך שאלון רפואי קצר, וזאת על מנת שפרטיו הרפואיים של המבוטח יוכנסו למחשב נותן השירות ויופיעו בפני הצוות הרפואי בשעת הצורך. נותן השירות פעיל בכל ימות השנה - 24 שעות ביממה למעט ביום כפור, מערב יום כיפור בשעה 14:00 ועד למוצאי יום כיפור בשעה 20:00.

השרות יינתן בכל מקום בו ימצא המבוטח הנזקק לשרות, למעט יהודה שומרון וחבל עזה, אך לרבות מעלה אדומים, אריאל, בית אריה, אורנית ושערי תקווה. מבוטח הנזקק לשרות, ועל פי הפרטים והנתונים שימסור למוקד הרפואי, יומלץ לו על ידי המוקד הרפואי להגיע למרפאה והוא ייתן הסכמתו לכך, יופנה לקבלת השרות הרפואי באחד ממרכזי השרות הרפואי המופעלים על ידי נותן השרות, הנמצא בסמוך למקום הימצאו, וזאת ללא כל תוספת מחיר לדמי ההשתתפות העצמית האמורים להלן, הכול לפי בחירת המבוטח ובכפוף לשעות הפעילות של המרכז הרפואי.

פרק יב' - שירות מוקד מידע טלפוני לבריאות המשפחה

1. השרות

המבוטח יהיה זכאי לקבל שירותי מידע ושירותים נוספים כמפורט להלן (להלן- "שירותי המידע") באמצעות ספק השירות ביקור רופא טלפון *6101:

1.1 שירותי מידע ברפואת ילדים - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת ילדים על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת ילדים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור.

1.2 שירותי מידע ברפואת משפחה - מתן מידע טלפוני כללי בתחום רפואת משפחה על ידי רופא בעל תואר מומחה ברפואת משפחה, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור.

1.3 שירותי מידע ברפואת נשים - מתן מידע טלפוני כללי על מחלות זיהומיות בתחום רפואת נשים, מידע כללי בדיקות שונות במהלך ההיריון, מידע על בריחת סידן מהעצם, וזאת על ידי רופא מומחה ברפואת נשים, הרשאי לעסוק במתן השירות האמור.

1.4 שירותי מידע ברפואה גריאטרית - מתן מידע טלפוני כללי בתחום הגריאטריה ע"י רופא בעל תואר מומחה ברפואה גריאטרית הרשאי לעסוק במתן השירות האמור.

1.5 שירותי פסיכולוגי - "קו חם" - סיוע פסיכולוגי טלפוני בנושאי ילדים, נשים ומשפחה, לרבות גיל ההתבגרות, התמכרויות שונות והמשך לימוד במוסדות חינוך, ע"י פסיכולוג,

הרשאי לעסוק במתן השרות האמור.

1.6 שירותי מידע לדיאטה ותזונה נכונה – מתן מידע טלפוני בתחום הדיאטה והתזונה, ע"י דיאטן קליני או תזונאי הרשאי לעסוק במתן השרות האמור.

2. היקף שירותי המידע

2.1 מובהר במפורש כי השירותים האמורים לעיל הינם שירותי מידע טלפוני בלבד, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השרות, והם יינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של נותן השרות. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא תמנע שיחה טלפונית עם נותן השרות, והיה ולפי שיקול דעת נותן השרות, לא ניתן ליתן את השירותים ללא בדיקה של המבוטח, יודיע זאת לפונה נותן השרות עצמו.

2.2 מובהר כי שירותי המידע אינם בגדר שירותי חירום, וכי אין הם באים להחליף התייעצות פנים מול פנים, בכל מקום שהיא דרושה.

2.3 מוקד השרות יופעל לקבלת פניות של מבוטחים לקבלת שירותי המידע על פי כתב שירות זה במשך 24 שעות ביממה, כל ימות השנה, למעט ערב יום כיפור מהשעה 14:00 ועד שעתיים לאחר תום הצום.

2.4 שירותי המידע ינתנו בהקדם האפשרי ולא יאוחר מ-30 דקות ממועד הפנייה של המבוטח למוקד נותן השרות.

2.5 שירותי המידע יינתנו ללא כל מגבלה של מספר הפניות של המבוטח.

פרק יג' – עזרה ראשונה ברפואת שיניים

המבוטח יהיה זכאי לטיפול עזרה ראשונה עקב כאבי שיניים כגון (אך לא רק):

בדיקה וצילום השן ו/או השיניים הכואבות, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשכך הכאב (לא כולל עלות התרופה במרשם) וזאת במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת, עקירה דחופה, ניקוז מורסה משן נגועה, הדבקה של כתרים שנפלו, חומר למניעת רגישות, טיפול בחניכיים, שטיפה ו/או טיפול תרופתי, במקרה של דלקת חניכיים – הסרת אבנית מקומית ו/או טיפול תרופתי, ניקוי מכתשית ו/או טיפול תרופתי, עצירת דימום, שחרור פצעי לחץ, וכד'.
בוצע הטיפול בשעות הלילה שלאחר תום העבודה או בימי שבת וחג ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאה זו עד תקרה של 180.5 ₪ או במסגרת נותן שרות שבהסכם.

1. למרות ובנוסף לאמור לעיל, תכוסה עזרה ראשונה כפי שיפורט להלן:

שיכון כאב יוכר כעזרה ראשונה במקרים הבאים:

1.1 פריקורוניטיס – דלקת בחניכיים באזור מסביב לשן הבינה.

1.2 דלקת חניכיים חריפה עם כיבים (A.N.U.G).

1.3 הרפס – פצע בגבול השפה והעור.

1.4 פפיליטיס עקב דחיסת מזון – דלקת בחניכיים באזור שבין השיניים.

1.5 מצבים דלקתיים חריפים.

- 1.6 הדבקה זמנית של שחזורים.
- 1.7 הורדת נקודות לחץ של תותבות שלמות וחלקיות נשלפות בתנאי שלא מדובר בתותבת שהותקנה על ידי אחד הרופאים באותה מרפאה בתוך 6 חודשים מההתקנה.
2. מסיבה אחרת ובליווי מכתב מהרופא המבצע ובתנאי שיאושר על ידי המבטח כטיפול העונה לקריטריונים רפואיים של עזרה ראשונה. בכל מקרה יוכר טיפול כטיפול של עזרה ראשונה בתנאי שהמתרפא הופיע לעזרה ראשונה בלבד ולא זומן מראש.
3. כל טיפול נוסף הנובע מכאב שיניים – יינתן טיפול להקלה או להפסקת הכאב.
4. במצבי עזרה ראשונה יש לציין בדיוק את מהות הטיפול, בעת הדיווח על עזרה ראשונה בטופס התביעה, לדוגמא: עזרה ראשונה – הורדת נק' לחץ בתותבת עליונה.
5. לא תכוסה תביעה לעזרה ראשונה אם תופיע בצירוף לטיפולים בשיניים אחרות באותו ביקור.
6. עזרה ראשונה תכוסה בכל מקרה של טיפול בכאב או תופעה שנגרמה עקב טיפול במרפאה אחרת.

פרק יד' – טיפולים פסיכולוגיים

המבוטח יהיה זכאי לקבלת טיפול פסיכולוגי ו/או ייעוץ אצל עובד סוציאלי ו/או טיפול פסיכיאטרי, באמצעות פגישות אישיות עם מטפל וזאת עד להחזר בגובה של 3,011 ₪ לשנת ביטוח או במסגרת נותן שרות שבהסכם בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.

פרק טו' – מנוי בעת אירוע לב

(תקף אך ורק באם למבוטח אירוע לב כמוגדר בסעיף זה ולאחריו)

1. הגדרות

- 1.1 נותן השרות – חברה אשר המבטח בחר לצורך מתן השירותים
- 1.2 מבוטח – מבוטח עפ"י הסכם ופוליסה זו כהגדרתם בפרק ההגדרות בפוליסה סעיף 3.
- 1.3 אירוע לב – אוטם שריר הלב, צנתור טיפולי, ניתוח מסתמים, ניתוח מעקפים, השתלת לב, הפרעות קצב וכל אירוע רפואי רלוונטי אחר.
- 1.4 מוקד השרות – נטלי (יכול להשתנות)
- 1.5 מוקד נותן השרות – מוקד שמספרו 1-800-555-222.

2. מפרט השירותים

המבוטח יהיה זכאי לקבל במשך תקופת הביטוח ולרחק קרות אירוע לב, את השירותים הבאים:

- 2.1 רשומה רפואית – ראיון רפואי מפורט במוקד נותן השרות כולל בדיקת א.ק.ג, אשר במהלכו נרשמים ההיסטוריה הרפואית של המבוטח וכל המידע הרלוונטי הקיים לגביו. האינפורמציה שתתקבל תאוחסן במערכת המחשבים של נותן השרות לשימוש בעת הצורך. מידע זה יעודכן בעקבות כל שינוי שיחול במצבו הרפואי של המבוטח ואשר עליו ידווח המבוטח בכתב לנותן השרות.

2.2 מכשיר קרדיו ביפר – נותן השרות יספק למבוטח מכשיר קרדיו ביפר CB 12/12, אשר יאפשר למבוטח לבצע שידורי א.ק.ג טלפוניים למוקד נותן השרות. עם קבלת המכשיר, המבוטח יקבל הדרכה על השימוש ואופן הפעלת המכשיר מנותן השרות ויעביר המחאה דחוויה לשנה בגובה 70% ממחיר המכשיר באותה עת. בתום השנה תפדה המחאה ע"י נותן השרות, אלא אם כן, יבקש המבוטח להפסיק את המנוי וישיב את המכשיר למשרדי נותן השרות במצב תקין.

2.3 שירותי מרכז פניות ארצי – מוקד שירות, בו תבוצע הערכה של תיאור המצב הקליני שנמסר ע"י המבוטח, המבוססת על ניתוח הא.ק.ג המתקבלים ממכשיר הקרדיו ביפר שברשותו. בהתאם להערכה, ינחה הצוות הרפואי במוקד את המבוטח. כל פניה של המבוטח למוקד נותן השרות, כולל פענוח תרשים א.ק.ג. תתועד ברשומה הרפואית האישית של המבוטח.

2.4 הזמנת אמבולנס – במידה והמוקד יגיע למסקנה שיש צורך באמבולנס או בניידת טיפול נמרץ, כדי לפנות את המבוטח לבי"ח בשל אירוע לב או חשד לאירוע כזה, יזום המוקד הודעה מתאימה למד"א תוך העברת המידע הנדרש לצורך הגשת הסיוע. מובהר בזאת, כי אין לנותן השרות התקשרות כלשהי עם מד"א, ומד"א יטפל בהעברת המבוטח לבית החולים בהתאם לנהלים וסדרי הקדימויות הנהוגים אצלו.

2.5 פניה למוקד הרפואי – הפניה למוקד הרפואי תיעשה בקריאה טלפונית. בעת הצורך יטלפן המבוטח או אדם אחר בשמו למוקד נותן השרות ויזדהה ע"י מתן מספר זהות של המבוטח, או מספר טלפון בביתו של המבוטח, שמו של המבוטח (לפי הסדר שצוין) כמו כן ימסור הפונה פרטים נוספים ככל שיתבקש. הפניה למוקד תיעשה בעברית או באנגלית.

3. התחייבות המבוטח

3.1 המבוטח מאשר לנותן השרות על פי שרות זה, לעשות שימוש במידע רפואי שנרשם אצל נותן השרות לצורך מילוי תפקידיה ומסכים כי המידע הנ"ל יועבר במידת הצורך בשידור אלחוטי, בטלפון או בכל דרך אחרת. כן מרשה המבוטח לנותן השרות להקליט שיחות הנערכות עמו או עם מי מטעמו, והכול לצורך מתן השרות הרפואי למבוטח.

3.2 לצורך עדכון הרשומה הרפואית ידווח המבוטח לנותן השרות בכתב על כל שינוי מהותי במצב בריאותו ועל כל שינוי בתרופות שהוא נוטל ובמינון, וימציא לנותן השרות העתק סיכום מחלה במידת הצורך. המבוטח מצהיר כי מובן לו כי עליו להמשיך ולהיות מטופל ומבוקר רפואית עפ"י הנחיות רופאיו וכי אין בעשיית המנוי נשוא שירות זה להחליף את הנ"ל.

3.3 המבוטח מצהיר כי מובן לו שמסירת המידע הרפואי בעת הרישום ודיווח על עדכונים/ שינויים כאמור הינם מרכיב חיוני באיכות השירות שניתן ע"י נותן השרות, וכי הוא יפעל על מנת להעביר את המידע הנ"ל.

3.4 המבוטח מצהיר כי מובן לו שהשירותים הניתנים עפ"י שרות זה ניתנים לבגירים בלבד.

4.1 נותן השרות מתחייב להפעלה ראויה של מוקד לקבלת קריאות ואבחנה ראשונית, המצויד במערכת מחשבים המספקת מידע על עברו הרפואי של המבוטח (אשר נמסר ע"י המבוטח) המאויש בצוות רפואי מיומן.

4.2 שירותי נותן השרות למבוטחיה כנ"ל יינתנו 24 שעות ביממה בכל ימות השנה לרבות שבתות וחגים, להוציא תקופת חירום ו/או במקרה של פיגוע המוני ו/או שיתוק מהותי של מערכות התקשרות.

נספח עזרה

1. נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מפוליסת ביטוח בריאות קולקטיבית לעובדים.
2. מוסכם בזה, על יסוד ההצעה וההצהרות שנמסרו ע"י "בעל הפוליסה" ו/או המבוטח ובתנאי מפורש שהפרמיות שולמו כסדרן, החברה תגיש למוטב כמוגדר להלן את השירותים הרפואיים שלהלן, על בסיס ההגדרות המופיעות להלן ובתנאי הפוליסה לה צורף נספח זה, ומתאריך כניסת נספח זה לתוקף.
3. **המוטב**
מוטב על פי נספח זה הנו האדם אשר נתקיימו בו כל התנאים הבאים ביחד:
 - א. הנו בן משפחה קרוב של מבוטח בביטוח לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם.
 - ב. המוטב אינו זכאי לכיסוי על פי הפוליסה הקולקטיבית.
 - ג. הביטוח על פי הפוליסה אליה צורף נספח זה, הנו בתוקף.
 - ד. בן משפחה קרוב, לעניין זה משמעו: אישה, בעל, אב, אם, בן, בת, אח, אחות, חם, חמות.
4. **זכות שימוש בהסכמי החברה:**
כל מוטב יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הכלולים בפוליסה במחירים המיוחדים על פי ההסכמים של החברה עם נותני השירותים השונים ובלוחות הזמנים בהם ניתנים השירותים למבוטחי החברה אצל נותני השירותים.
5. **טיפול אדמינסטריבי וכספי:**
החברה תשלם ישירות לנותן השירות הנמצא בהסכם עמה, או תשיב למוטב את התשלומים ששילם לנותן השירות עד גובה הסכום ששולם בפועל, כנגד חתימת המוטב על כל המסמכים הנדרשים למתן ההלוואה, לשביעות רצון החברה.
6. **הסכם מימון:**
המבוטח ו/או המוטב יחזיר לחברה את הסכומים ששולמו על פי סעיף 5 לעיל, ובכפוף לתנאים הבאים:
 - א. סכום ההלוואה לא יפחת מ – 7,500 ₪ ולא יעלה על 120,000 ₪.
 - ב. תקופת ההלוואה: עד 24 חודשים.
 - ג. החזר ההלוואה: ההלוואה תוחזר בתשלומים חודשיים שווים ורצופים.
 - ד. בטחונות להלוואה: לשביעות רצון החברה ובהתאם לתקנות המפקח על הביטוח.
 - ה. הצמדה: ההלוואה תהיה צמודה למדד המחירים לצרכן, על פי שיעור עליית המדד, בין המדד האחרון הידוע באחד בחודש בו שילמה החברה את ההלוואה לבין המדד האחרון הידוע ביום התשלום של המבוטח ו/או המוטב ע"ח החזר ההלוואה.
 - ו. ריבית: החברה תגבה ריבית עבור ההלוואה כפי שיהיה מקובל באותה עת בחברה. פיגורים יישאו ריבית כמקובל להלוואות דומות בבנק ישראל.
7. **החזר הוצאות:**
למבוטח ו/או למוטב נשמרת הזכות לפנות לקופת החולים בה הוא חבר, או לכל גורם אחר לקבלת השתתפותם בהוצאות הרפואיות ששולמו על הסדר זה.

נספח ב' - השירותים (SLA)

- החברה המבטחת תקצה קו ייעודי חינום שמספרו 099-720-700-1 וצוות שירות מקצועי אשר יענה: "האוניברסיטה העברית לבריאות שלום", יטפל בלעדית במבוטחי "בעל הפוליסה" וייתן מענה לכל פניה של המבוטחים (להלן: "מוקד האוניברסיטה העברית"). "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב לתת מענה מהיר במיוחד לפניות המבוטחים ולדאוג שזמני ההמתנה יהיו קצרים והכול בכפוף לסעיף 5 להלן. החברה המבטחת תקצה נציג מצוות תביעות, אשר יהיה זמין לקבל את פניותיהם הדחופות של צוות "מוקד האוניברסיטה העברית" וכן של נציגי העובדים. המוקד יפעל בימים א' - ה' בין השעות 8:00 - 17:00.
- החברה המבטחת תשלח נציג להרצאות בנושא עפ"י החלטת בעל הפוליסה.
- החברה המבטחת תמנה סוכן / סוכנות מטעמה אשר ישכור משרדים בגבעת רם או בהר הצופים ויאייש אותם בכל השבוע לצורך מתן שירות וטיפול במבוטחים של האוניברסיטה העברית. החברה המבטחת תישא באחריות המלאה להנ"ל, לרבות כל הנדרש.
- על החברה המבטחת לדאוג ולהעסיק עובדים מקצועיים ומיומנים על חשבוננו שיטפלו אך ורק בחומר שמתקבל ממבוטחי "בעל הפוליסה". למען הסר ספק, על העובד לדאוג לטפל בכל התביעות לתשלום שמתקבלות מהמבוטחים. על העובדים להקפיד לעמוד בזמני תשלומי התביעות ומתן תשובות לשאלות, כפי שמפורט בפוליסה ובנספח זה. כמו כן עובדים אלו ייפגשו עם מבוטחי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, במשרדי החברה המבטחת, באופן שוטף ורצוף, אך בתיאום מראש, בכל בקשה של המבוטחים ובני משפחותיהם, לרבות השירותים להם זכאים מכורח ההסכם, הפוליסה ונספח זה (SLA).

1. דרישות טכניות - תנאי סף

- מערכת CRM לניהול מוקד.
- מערכת הקלטת שיחות.
- תוכנת ניהול מידע הכוללת את כל המידע הנדרש בהקשר לזכויות המגיעות בכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים ופוליסות הפרטיות שבשוק.
- מחלקת back office לניהול מערך סילוק התביעות וניהול התביעות מול חוק בריאות ממלכתי, הביטוחים המשלימים של קופות החולים וחברות הביטוח.

2. השירותים הנדרשים במסגרת המערך למתן מידע ומימוש זכויות - תנאי סף

- מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי כיסויים הקיימים במסגרת קופת החולים בה חבר המבוטח בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- מתן מידע מקצועי ואובייקטיבי לגבי הכיסויים הקיימים במסגרת הביטוח המשלים (שב"ן) בה מבוטח העובד בהקשר לבעיה הרפואית ממנה הוא סובל.
- מתן מידע לגבי הכיסויים הקיימים בפוליסה בהקשר לבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח.
- מתן מידע והכוונה מעשית בפועל לגבי הדרך הנכונה והיעילה לניצול נכון ומרבי של הכיסויים בהסתמך על הביטוחים והכיסויים שברשות המבוטח.
- מתן מידע כללי (לא הנחיות לטיפול אלא הסברים ומידע בלבד) בכל הקשור למחלות, תרופות ובדיקות אשר ניתנו למבוטח על ידי רופא אשר אצלו ביקר.

- מידע שוטף ומתן הנחיות לגבי הכנות שקיבל המבוטח לבצע לקראת ביצוע בדיקות או צילומים אשר עליו לעבור.
- איסוף מידע אינטרנטי לגבי מחלות, תרופות ודרכי טיפול והעברת זה לידי המבוטח ללא נקיטת עמדה רפואית / מקצועית.
- מתן מידע שוטף לגבי תרופות, תופעות לוואי, התוויות נגד וכדומה.
- מתן מידע בנוגע להגשת חומר לביטוח הלאומי לצורך הכרה באחוזי נכות.
- מתן מידע בנוגע להגשת תביעה למס הכנסה לצורך קבלת זיכוי מס על רקע המחלה או הניתוח.
- "מוקד האוניברסיטה העברית" יסייע למבוטחים במילוי טפסים, לרבות טפסי התביעה ובתרגום המונחים, לרבות המונחים הרפואיים וכן תעמיד לצורך זה כוח אדם מתאים במשרדיה. כמו כן, תספק החברה המבטחת לבעל הפוליסה תרגום של השאלות המופיעות בטפסים השונים, לרבות טפסי התביעות לנחיות המבוטחים, תרגום שיסופק ע"י החברה המבטחת למבוטחים.
- החברה המבטחת ו"מוקד האוניברסיטה העברית" יסייעו לבעל הפוליסה, למבוטחים ולנציגי בעל הפוליסה בכל הליך פרוצדוראלי, הסבר, תרגום טופס, הבהרות וכיו"ב בכל עניין הקשור בזכויות המבוטחים עפ"י הפוליסה וההסכם.
- התחייבות החברה המבטחת ו"מוקד האוניברסיטה העברית" לסיוע עפ"י הסכם ופוליסה אלו, הם חלק בלתי נפרד מתנאי ההסכם ומקבל הסיוע לא יחויב בכל תשלום בגין הסיוע הנ"ל.
- החברה המבטחת תעמיד לרשות בעל הפוליסה את האמצעים לשם שיווק תנאי הפוליסה והשירות הניתן לה, ובכלל זה תפיק או תממן, עפ"י דרישת בעל הפוליסה אתר אינטרנט ו/או פעילות הסברתית אחרת.

3. השירותים הנדרשים במסגרת מערך ניהול הפוליסה – תנאי סף

- הפקת פוליסות בתחילת הביטוח יעשו על ידי חברת הביטוח.
- הפקת אישורי ביטוח שהמבוטח עשוי להזדקק להם.
- שינוי כתובת מבוטח.
- עדכון פרטי הגביה או אופן הגביה של המבוטח.
- טיפול וביורר בבעיות גביה ותשלומים.
- עדכון מספר המבוטחים בפוליסה (במקרה של הולדת ילד, פטירה חו"ח וכו').

4. השירותים הנדרשים במסגרת המערך לסילוק תביעות יעיל – תנאי סף

- "מוקד האוניברסיטה העברית" יקבל את מסמכי התביעה הנדרשים לסילוק התביעה ויאשר למבוטח את קבלתם בדואר בפקס או באי מייל כפי שסוכם בין המבוטח ל"מוקד האוניברסיטה העברית".
- "מוקד האוניברסיטה העברית" יבחן את החומר הרפואי על פי הנחיות חברת הביטוח ותנאי הפוליסה. "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב כי משך הבחינה לא יעלה על 84 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהמבוטח.
- אם יידרש ניהול תביעה משולב עם קופת החולים בה חבר המבוטח, או הביטוח המשלים או חברת ביטוח אחרת, יפעל "מוקד האוניברסיטה העברית" מול הגורם המבטח הנוסף על מנת לסלק את התביעה במשותף.
- לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על יפוי כוח לטובת "מוקד האוניברסיטה העברית" המסמיך אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות קופת חולים, כמו כן במידת

- הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד האוניברסיטה העברית" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
- לצורך ניהול התביעה המשותף יחתום המבוטח על ייפוי כוח לטובת "מוקד האוניברסיטה העברית" המסמיק אותו לפעול בשמו מול כל מבטח נוסף לרבות קופת חולים, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד האוניברסיטה העברית" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, יסביר לו על ייפוי הכוח ויסייע לו במילוי הטופס.
- עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים לגבי החזרי תשלום, מול המבטח הנוסף ו/או קופת החולים, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד האוניברסיטה העברית" המחאה למבוטח על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד האוניברסיטה העברית" על ידי המבוטח. החברה המבטחת ו"מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייבים כי תשלום התביעה יעשה תוך תקופה שלא תעלה על 21 ימים ממועד סיום הליך בדיקת הזכאות כאמור לעיל.
- עם סיום הליך בחינת הזכאות והתאומים מול החברה המבטחת הנוספת ו/או מול קופת חולים, לגבי שליחת כתב התחייבות לקבלת טיפול רפואי, ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת הטיפול, ישלח "מוקד האוניברסיטה העברית" טופס התחייבות למבוטח או לספק השירות על פי הפרטים שנמסרו ל"מוקד האוניברסיטה העברית" על ידי המבוטח. החברה המבטחת מתחייבת כי כתב ההתחייבות שלה יכלול את כל הזכויות הרלוונטיות למקרה הנדון עפ"י תנאי הפוליסה.
- במידה והמבוטח ימצא לא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח, ישלח "מוקד האוניברסיטה העברית" מכתב סירוב מנומק המסביר למבוטח מדוע לא נענתה בקשתו לתשלום תגמולי הביטוח, כמו כן במידת הצורך, ועפ"י החלטת המבוטח, ייפגש נציג "מוקד האוניברסיטה העברית" עם המבוטח במשרדי החברה המבטחת, ויסביר לו את סיבת הדחייה.
- עם סיום הטיפול, ובאותם מקרים בהם לא הצליח "מוקד האוניברסיטה העברית" להביא לסילוק משותף של התביעה מול מבטח נוסף לרבות קופת חולים או ביטוח משלים, החברה המבטחת תשלם והחברה המבטחת ו"מוקד האוניברסיטה העברית" יפעלו לשיבוב / החזר מול החברה המבטחת הנוספת והשבת כל הכספים המגיעים למבוטח על פי הכיסוי שבידו.
- נפטר מבוטח חס וחלילה, תשלם החברה את יתרת תגמולי הביטוח אשר הגיעו למבוטח ולא שולמו לו או בעבור לפני מועד הפטירה למי אשר התחייבה לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לתשלום לאחר ביצוע התשלום לפי ההתחייבות האמורה, תשלם החברה המבטחת את היתרה לעיזבונו של המבוטח או ליורשיו הנקובים בעותק צו קיום צוואה או בצו ירושה אשר יומצא לה ע"י העיזבון.
- תביעה שאושרה טלפונית, תשולם (גם במידה ואושרה בניגוד לתנאי הפוליסה).
- מבוטח/ת זכאי לבקש את הקלטות השיחות עימו.

5. התחייבות למתן שירות, אמנת שירות - SLA

- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב לענות לטלפון בזמן סביר, 80 אחוז מהשיחות יענו תוך 30 שניות.
- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב כי במקרים בהם יהיה קיים עומס פונים למוקד, ייקח נציג השירות מהלקוח המתקשר את פרטיו וכן את השעה הנוחה מבחינתו שיחזרו אליו, ויחזור אליו בשעה שנקבעה עם הלקוח, על מנת לטפל בבעיה בגינה פנה ל"מוקד האוניברסיטה העברית", וזאת, תוך 6 שעות ממועד הפניה הראשונה.
- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב כי בכל מקרה, משך הטיפול בבעיה בגינה פנה המבוטח למוקד האוניברסיטה העברית" לא יעלה על 24 שעות.
- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב לסיים בחינת כל חומר רפואי עפ"י הנחיות חברת

הביטוח ותנאי הפוליסה, תוך זמן שלא יעלה על 48 שעות ממועד קבלת מסמכי התביעה שנדרשו מהלקוח.

- "מוקד האוניברסיטה העברית" מתחייב להתעדכן באופן שוטף לגבי שינויים ועדכונים החלים בסל הבריאות, בהוראות והנחיות משרד הבריאות, בביטוחים המשלימים של קופות החולים, ובחברות הביטוח ולעדכן את הנחיותיו, את הנוהליים על פיהם הוא פועל, את מערכות המחשב התומכות, ואת הצוותים על בסיס שינויים אילו.
- החברה המבטחת מתחייבת כי עם סיום הליך בחינת הזכאות ובמידה והמבוטח נמצא זכאי לקבלת תגמולי הביטוח תשלח המחאה / הפקדה בנקאית למבוטח עפ"י הפרטים שנמסרו ל"מוקד האוניברסיטה העברית" ע"י המבוטח תוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים.
- המבוטח זכאי לבקש את הקלטות השיחות עימו.

נספח ג' – טופס הצטרפות האוניברסיטה העברית

אם ברצונך להצטרף לביטוח הבריאות ולצרף את בני המשפחה, נא סמן ומלא/י את הפרטים הבאים:

1. לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים" ולגבות את העלות משכרי כן / לא
2. לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים זהב" ולגבות את העלות משכרי כן / לא
3. לצרף אותי / את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים פלטיניום" ולגבות את העלות משכרי כן / לא

פרטי העובד/ת / גמלאי/ת				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה
כתובת	מיקוד	טל' בית	טל' נייד	

פרטי בני המשפחה המצורפים לביטוח הבריאות					
בן/ת זוג	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה
ילד 1	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה
ילד 2	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה
ילד 3	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה
ילד 4	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ז / נ / מין	תאריך לידה

כתב ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן/ת בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקשים"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש".

הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת

הריני נותן/ת בזאת הוראה לאוניברסיטה העברית לנכות ממשכורתי את הפרמיות בגין ביטוח רפואי מידי חודש ושולם לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב ע"י ובכפוף לתנאי הפוליסה וסייגיה.

תאריך: ___/___/___ חתימת העובד/ת / גמלאי/ת: _____

נספח ד' – *הצהרת בריאות האוניברסיטה העברית

* המבטח רשאי למלא טופס זה רק למי שעונה על הקריטריון עפ"י סעיפים 8.3.5, 8.3.3, 8.2.5, 8.1.5, 8.2.3.

** המבטח ימלא רק למי שצריך למלא. במידה והמבוטח זכאי להצטרף לפי נספח ג' להסכם, והמבטח ביקש בטעות מידע לפי נספח ד' להסכם, ימחק המבטח מידע זה ממערכות הידע שלו.

1. לצרף אותי לפוליסת "מתנת חיים" כן / לא
 2. לצרף את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים" כן / לא

1. לצרף אותי לפוליסת "מתנת חיים זהב" לפי סעיף 1.3.1 בפרק ד' מסלול א' מה"שקל הראשון כן / לא
 2. לצרף את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים זהב" לפי סעיף 1.3.1 בפרק ד' מסלול א' מה"שקל הראשון" כן / לא
 3. לצרף אותי לפוליסת "מתנת חיים זהב" לפי סעיף 1.3.2 בפרק ד' מסלול ב' משלים לשב"ן כן / לא
 4. לצרף את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים זהב" לפי סעיף 2.3.1 בפרק ד' מסלול ב' משלים לשב"ן כן / לא

1. לצרף אותי לפוליסת "מתנת חיים פלטיניום" כן / לא
 2. לצרף את בני משפחתי לפוליסת "מתנת חיים פלטיניום" כן / לא

1. העובד

הצהרת בריאות

האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב סרטן
 כן / לא

האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
 כן / לא

האם אושפזת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות?
 כן / לא

האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות?
 כן / לא

האם את/ה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד?
 כן / לא

האם הינך נזקק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודת?
 כן / לא

האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?
 כן / לא

במידה והתשובה על אחת השאלות היא כן הנך מתבקש/ת לפרט ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים:

2. בן/ת הזוג

הצהרת בריאות

האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב סרטן
 כן / לא

האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
 כן / לא

האם אושפזת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות?
 כן / לא

האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות?
 כן / לא

נספח ד' - *הצהרת בריאות האוניברסיטה העברית - המשך

האם את/ה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד? כן / לא

האם הינך נזקק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות? כן / לא

האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים? כן / לא

במידה והתשובה על אחת השאלות היא כן הנך מתבקש/ת לפרט ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים:

2. ילד

האם הינך סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סכרת, מחלת לב סרטן? כן / לא

האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע? כן / לא

האם אושפזת/ה בבית חולים בשלוש השנים האחרונות? כן / לא

האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא בשלוש השנים האחרונות? כן / לא

האם את/ה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד? כן / לא

האם הינך נזקק לעזרה כל שהיא בביצוע פעולות היום יום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות? כן / לא

האם הינך סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים? כן / לא

במידה והתשובה על אחת השאלות היא כן הנך מתבקש/ת לפרט ולצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים:

חתימת העובד/ת / גמלאי/ת: _____

תאריך: ____/____/____

נספח ה' – ייפוי כוח

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. _____ מצהיר ואומר:

1. אני מבוטח על פי הפוליסה הקבוצתית לעובדי "בעל הפוליסה" ובני משפחותיהם, (להלן: "הפוליסה").
2. אני זכאי לשירותי בריאות נוספים של קופת החולים בה אני חבר, (להלן: "השב"ן").
3. על פי תנאי השב"ן אני זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח:

4. הנני מעביר את זכויותי שדלעיל, לחברה המבטחת או לבא כוחו מעת ששילמו את תגמולי הביטוח ובשיעור התגמולים ששולמו וזאת מבלי לפגוע בזכותי לגבות שיפוי מעל לתגמולי הביטוח ששולמו לי על פי הפוליסה.

5. אני מעביר בזאת את מלוא זכויותי בשב"ן כמפורט בסעיף 3 לעיל לחברה המבטחת או לבאי כוחו ומורה להם בזאת לפעול בשמי ובמקומי בכל הנוגע לקבלת המגיע לי מאת השב"ן.

6. ייפוי כוח זה מחייב אותי, את עזבוני, את באי כוחי על פי הדין ואת כל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום :

שם _____ תאריך _____ חתימה _____



מרכז שרות לקוחות בריאות:

טל. 1-700-720-099

מחלקת תשלומי ביטוח (תביעות):

חברתנו פועלת מתוך הוגנות למבוטחיה, "אנשים לשרות אנשים" הינה תפיסתנו. מחלקת תשלומי הביטוח תעמוד לשרותך למימוש תביעה בעת הצורך מכוח הפוליסה שרכשת.

פקס. 03-7569586

ב.טיקר

ביטוח | גמל | פיננסים



טל. 02-6585577

02-5881080

office@btiker-ins.co.il

www.ayalon-ins.co.il

קבוצת **איילון** ביטוח • פנסיה • שוקי הון
אנשים לשרות אנשים